

地域連携促進のための多職種セミナー
— 知って得する。地域移行のための安心生活支援 —
申込み専用FAX用紙

申込先 FAX:03-5796-7034 早川宛

返信宛先（必ず記入してください） 様	*下記記載番号に返信しますので、必ず記入してください 返信FAX番号
---------------------------	---------------------------------------

会場	*ご希望の会場の（ ）に○をお付けください		
	（ ）	岡山県会場：平成22年12月25日(土)～12月26日(日)	
	（ ）	愛知県会場：平成23年1月9日(日)～1月10日(月)	
	（ ）	新潟県会場：平成23年1月22日(土)～1月23日(日)	
参加者氏名（ふりがな）	職種	施設名	お申込み結果 (日精看記入) <input type="checkbox"/> 受講承認されました <input type="checkbox"/> 締め切らせていただきました

お願い*上記申し込みには、(病院)からの場合2名以上で他職種とのペアであることが条件となります。

プログラム等発送先（必ずご記入ください。申込み複数名の場合は、まとめて下記へ発送いたします）	
施設名：	_____
住所：〒	_____
宛名：	様 電話番号(施設)TEL：_____
その他【通信欄】	

◎お申込み確認後、上記宛先へ一両日中に返信いたします。なお、返信先FAX番号・宛名の記載がないものは無効扱いとなります。また、定員に達した時点で受付を終了しますので予めご了承ください。

◎FAXいただいた後には必ず返信をしております。FAX返信後、日精看からの返信がない場合は、お手数ですが協会事務局までご連絡いただけますようお願いいたします。

【お申し込み先・お問い合わせ先】

特例社団法人日本精神科看護技術協会 〒108-0075 東京都港区港南2-12-33 品川キャナルビル7階
TEL:03-5796-7033 <http://www.jpna.or.jp> E-mail info@jpna.or.jp 担当：早川幸男・仲野栄