

FAX送信先：089-975-0603

松山リハビリテーション病院 相談室行

※送信表不要です。このまま送信してください。

平成 28 年度 愛媛県医療ソーシャルワーカー協会主催
前期基礎研修参加申込書

氏名	所属	連絡先	経験年数 (年目)	懇親会参加
				参加・不参加
				参加・不参加
				参加・不参加
				参加・不参加
				参加・不参加

申し込み締め切り：平成 28 年 6 月 22 日

※研修に使用しますので職場で使用している報告書・記録用紙を
持ってきてください