

参加申込書

福間病院家族心理教育研修会事務局宛 FAX:0940-42-7174 Email:daycare@fukuma-hp.or.jp

心理教育・家族教室ネットワーク主催第3回標準版家族心理教育研修会 in 福間に参加します。

御施設名【 】

氏名（代表者に◎）	職種	家族心理教育経験	当事者心理教育経験	懇親会参加 (参加は○)	心理教育家族教室 ネットワーク会員
		あり（年）・なし	あり（年）・なし		会員・非会員
		あり（年）・なし	あり（年）・なし		会員・非会員
		あり（年）・なし	あり（年）・なし		会員・非会員

- * 原則1施設3名まででご検討頂ければと思いますが、4名以上のご参加を希望の場合はメールで事務局までご相談ください。
- * 修了証を発行する関係で、参加者の変更があれば事前にご連絡をいただきたいと存じます。
- * 締め切りは10月末日とします。参加決定時には改めて事務局からご連絡を差し上げます。

代表ご連絡先

Emal 【 】（原則メールを優先します）

FAX 【 】 電話 【 】

住所 【〒 】