

第7回標準版家族心理教育研修会in埼玉 参加申込用紙

標準版家族心理教育研修会に参加をご希望の方は、この申し込み用紙に必要事項をご記入のうえ、**10月31日(火)まで**に下記の連絡先までお送り下さい。

- ・申込用紙が複数枚必要な場合は、お手数ですが本用紙をコピーしてご利用ください。
- ・参加費は当日お持ちください。

所属先 【
所属先住所 【〒
電話番号 【

フリガナ		精神科経験年数 (年)
氏名		心理教育の経験 なし・あり (年)
職種	・医師 ・看護師 ・心理士 ・作業療法士 ・精神保健福祉士 ・その他()	
領収書の発行	不要 必要 ⇒	御宛名()
懇親会参加	参加 不参加	(11日の終了後に鴻巣病院内で開催)

フリガナ		精神科経験年数 (年)
氏名		心理教育の経験 なし・あり (年)
職種	・医師 ・看護師 ・心理士 ・作業療法士 ・精神保健福祉士 ・その他()	
領収書の発行	不要 必要 ⇒	御宛名()
懇親会参加	参加 不参加	(11日の終了後に鴻巣病院内で開催)

フリガナ		精神科経験年数 (年)
氏名		心理教育の経験 なし・あり (年)
職種	・医師 ・看護師 ・心理士 ・作業療法士 ・精神保健福祉士 ・その他()	
領収書の発行	不要 必要 ⇒	御宛名()
懇親会参加	参加 不参加	(11日の終了後に鴻巣病院内で開催)

フリガナ		精神科経験年数 (年)
氏名		心理教育の経験 なし・あり (年)
職種	・医師 ・看護師 ・心理士 ・作業療法士 ・精神保健福祉士 ・その他()	
領収書の発行	不要 必要 ⇒	御宛名()
懇親会参加	参加 不参加	(11日の終了後に鴻巣病院内で開催)

<連絡先>

公益財団法人 西熊谷病院 家族教室
担当: 林・福島(薬局)
〒360-0816 埼玉県熊谷市石原572
TEL: 048-522-0295 FAX: 048-525-6877
Email: nisikuma2@sand.ocn.ne.jp