

# F A X 送 信 票

**千葉県精神保健福祉士協会**      **東総ブロック 研修会参加申込書**

申込先 F A X 番号    0 4 7 6 - 2 3 - 3 3 0 0

申込先機関名        暮らしサポート成田

担当者                松田 行

申込期日              8 月 8 日 (木)

＜送信票は不要です。本紙をお使いください。＞

送信日 (申込日)      令和        年        月        日

<b>ご機関名</b>						
<b>ご担当者名</b>						
<b>ご連絡先</b>	電話					
	F A X					
	E-mail					
<b>全体の参加者数</b>		<b>名</b>				
	お名前	経験年数	参加区分		懇親会 ※	
1		年	会員	非会員	参加	不参加
2		年	会員	非会員	参加	不参加
3		年	会員	非会員	参加	不参加
4		年	会員	非会員	参加	不参加
5		年	会員	非会員	参加	不参加

※懇親会の当日キャンセルはキャンセル料と後日頂戴いたしますのでご注意ください。

講師に対して事前に質問したいことや伝えたいことがある場合にはお書きください。