

**7月11日(金)まで** に、FAXでお申し込みください。

FAX 宛先 **愛媛県精神保健福祉士会 事務局 089-961-1432**

**(送信票不要)**

「愛媛県ソーシャルワーカーデー2014」シンポジウム 参加申込書(主催会員用)

平成 26 年 月 日

ふりがな 氏 名	
所属機関名	自宅会員 (所属のない方はこちらに○をお付けください)
TEL: ( ) —	FAX: ( ) —
所属団体 (○をお付けください。複数可)	
<input type="checkbox"/> 愛媛県社会福祉士会 <input type="checkbox"/> 愛媛県精神保健福祉士会 <input type="checkbox"/> 愛媛県医療ソーシャルワーカー協会	
ソーシャルワーカー歴	年目
懇親会・交流会	参加 ・ 不参加 (どちらかに○をお付けください)
参加名簿へ氏名、所属機関、連絡先、所属団体を公表することの同意	
する ・ しない (どちらかに○をお付けください)	

\* その他、この参加申込書に記載された個人情報は、講演会の運営管理のみに使用させていただきます。