

(一社)大阪精神保健福祉士協会 事務局 宛

FAX 06-6764-7839

申し込み締切:8月24日(月) 必着

夏期合同研修2020「協働～collaboration～」参加申込書

フリガナ 氏名	性別 男 ・ 女
所属	経験年数 年目
勤務先住所 連絡のつくメールアドレス (必ずご記入ください) @	希望する連絡先(必ずご記入ください) <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 (TEL)  (FAX)

参加を希望する項目の出欠に○を入れて下さい。

	日程と内容	いずれかに○		当協会 会員	支部会員 非会員
プロ グラム	9月5日(土)10時～15時頃全日 ・6日(日)13時～午後のみ	両日全て 参加する		0 円	2000円
	9月5日(土) 全日 「災害支援」のみ	参加	不参加	0 円	0 円
	9月6日(日) 午後 「実践報告会」のみ	参加	不参加	0 円	2000円

☆領収証OR振込証を添付してください☆  
**研修参加費振込期限→8月24日(火)**

【ゆうちょ銀行もしくは郵便局で手続きする場合はこちら】

記号・番号:14120-12893421

口座名義:大阪精神保健福祉士協会

【別の銀行等の金融機関から、ゆうちょ口座へ振込場合はこちら】

・銀行名:ゆうちょ銀行 ・店名:四一八(ヨンイチハチ)

・預金種目:普通預金 ・口座番号:1289342

・口座名義:オオサカセイシンホケンフクシシキョウカイ

☆受講キャンセルに関する返金には対応しかねますので  
くれぐれもご了解ください。