

# FAX

No. \_\_\_\_\_

肥前精神医療センター  
肥前セミナー係 医局 加藤 宛  
FAX 0952-52-3400

## 肥前セミナー受講申込書

第124回(10/6開催)肥前セミナーの受講を希望します。

お名前 \_\_\_\_\_

御所属 \_\_\_\_\_

職 種 該当するものに✓をお願いします。

- 医師    看護師    保健師    心理師    PSW  
OT    PT    ST    その他の医療従事者  
学生    その他 (                      )

ご連絡先

FAXまたはメール \_\_\_\_\_

電話また携帯電話 \_\_\_\_\_

※ご連絡先は、FAX、メールアドレスのいずれかをご記入下さい。よろしければ、電話番号もご記入下さい。  
記載いただいた内容は、個人情報につき別の目的での利用は致しません。また十分注意して取り扱わせていただきます。

### 注意事項

- 1、受講料は無料ですが、定員になり次第締め切らせていただきます。定員80名 〆切9/19(金)!
- 2、受講通知はお送りしません。受講をお断りする場合のみ FAX またはメールでご連絡差し上げます。したがって連絡先は必ず連絡が取れるところをお書き下さいますようお願いいたします。
- 3、受講申込書は、様式を問いません。この用紙以外でも受付致します。
- 4、お問い合わせは、連絡先を明記のうえ、できるだけFAXでお願いいたします。
- 5、開場は、セミナー開始前30分を予定しております。
- 6、感染症防止のため、当日体調に異常があれば、参加をご遠慮下さい。またマスク着用や手指消毒にご協力下さいますようお願い致します。