No._____

FAX

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 126 回（7/31 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　☐介護士
☐その他の医療従事者　☐行政や福祉に携わる方
☐学生　☐一般　☐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 6/30（火）！
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。