



**FAX番号 06-4304-2773**

**(お間違えないよう再確認を！)**

大阪社会福祉士会 事務局 御中

平成 年 月 日

### 参加申込書

研修名	7月14日(金) 地域包括支援センター研修交流会
-----	--------------------------

お名前	ふりがな				
どちらかに☑ を入れてくだ さい	<input type="checkbox"/> 会員	会員番号		連絡 先	(自宅・職場・携帯)  — —
	<input type="checkbox"/> 非会員	支部名			
勤務先	職種 (社会福祉士 ・ 保健師 ・ 主任ケアマネジャー ) いずれかに○を				
懇親会	参加 ・ 不参加 (どちらかに○を)				

※ご記入いただきました個人情報については研修運営の目的以外への使用はいたしません。

【通信欄】
-------

※ 平成29年7月7日(金)までにFAXにてお申し込みをお願いします。

※ 定員を超えた場合のみ連絡させていただきます。

**FAX番号 06-4304-2773**