

送信先 : 東京都医療社会事業協会事務局 宛

FAX : 03-5944-9745

平成29年度 講座申込書

講座名	
<input type="checkbox"/>	SW実践を伝えるスキル —アセスメントを考える—
申込動機	
私は、上記研修で取り扱われる個人情報研修内に留め、守秘義務を遵守することに	
<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません 氏名(自署) _____	

※希望する講座・コースの□にレ点のチェックを入れて下さい。

※申込動機も必ず記入して下さい。

※昨年度受講出来なかった講座： 無し・有り（講座名 _____）

申込者	フリガナ	性別	年齢	経験年数
	氏名	男・女	歳	年 月
	所 属 機 関	名称	部署	
		住所 〒 _____ (※郵便番号は必ず記入)	電話	— —
		市・区	FAX	— —
			Mail	@
	緊急時連絡先	(携帯・自宅 — —)		
	Mail: _____ @			

※所属機関以外の個人情報は受講生名簿に掲載しません。また、受講申込等の管理と担当者からの連絡以外に使用することはありません。

※自宅会員の方は、自宅住所等を記入して下さい。

※緊急時連絡先は必ず記入して下さい。中止や変更時の連絡に使用します。

一般社団法人 東京都医療社会事業協会 教育部