

平成29年度 講座申込書

	講座名	コース選択等
<input type="checkbox"/>	新人研修	<input type="checkbox"/> 1. 通年コース ※通年コースが定員に達した場合、集中コースを希望しますか？ <input type="checkbox"/> 2. 集中コース (<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない)
<input type="checkbox"/>	グループ スーパービジョン	<input type="checkbox"/> A (受講歴があれば受講年度：H 年度) <input type="checkbox"/> B (受講歴があれば受講年度：H 年度) <input type="checkbox"/> C (受講歴があれば受講年度：H 年度) <input type="checkbox"/> D (受講歴があれば受講年度：H 年度)
<input type="checkbox"/>	スーパーバイザー養成講座	
<input type="checkbox"/>	コーチング講座	
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。

※不明な点や質問等があれば、備考欄に記入して下さい。

※昨年度受講出来なかった講座：無し・有り(講座名 _____)

申 込 者 関	フリガナ 氏	名	性別 男・女	年齢 歳	経験年数 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	—	—	
	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