



**FAX 0120-503-620**

北海道医療ソーシャルワーカー協会 会員組織部 宛  
【担当 市立函館病院 荒木英世】

**『医療ソーシャルワーカー学生セミナー』(医療機関)申込書**

**※切日 8月31日(木)**

所属機関名	
所属機関連絡先	

参加者氏名	氏 名	職名・役職名
職名・役職名		

次年度採用予定	あり・なし・検討中
---------	-----------

※次年度採用ありの場合は採用試験予定についてのご回答をお願いいたします。

採用試験予定	10月・11月・12月・1月・2月・3月
--------	----------------------

<b>【通信欄】</b>
--------------