☆申し込み先☆

参加申込み：2018年8月24日（金）までに下記まで参加申込書をFAXしてください。

**送付先FAX：011-702-4480　北海道勤医協労働組合**

※当日欠席は、参加費と同額をｷｬﾝｾﾙ料としていただきます。

お問い合せ：中央C支部　医療福祉活動部

北海道勤医協労働組合　田村　☎011-721-3439

2018年度　第　1　回 中央C支部老健情報交換会 **参　加　申　込 書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員資格 | | | | □北海道医療ソーシャルワーカー協会会員(准会員・賛助会員含む) □非会員 | | | | | |
| 職　　種 | | | | □支援相談員　　　□施設ケアマネジャー | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **ふりがな**   1. **氏 名** |  | | | | **性**  **別** | **男　　・　　女** |
| 会員資格 | | | □北海道医療ソーシャルワーカー協会会員(准会員・賛助会員含む) □非会員 | | | | | |
| 職　　種 | | | □支援相談員　　　□施設ケアマネジャー | | | | | |
| **ふりがな**   1. **氏 名** |  | | | | **性**  **別** | **男　　・　　女** |
| 会員資格 | | | □北海道医療ソーシャルワーカー協会会員(准会員・賛助会員含む) □非会員 | | | | | |
| 職　　種 | | | □支援相談員　　　□施設ケアマネジャー | | | | | |
| **ふりがな**   1. **氏 名** |  | | | | **性**  **別** | **男　　・　　女** |
| 所属機関名  （部署名） |  | | | | | |
| 電 話 | － | | ＦＡＸ | － | | |
| 領　収　書 | | * 必　要　　　　　□　不 　要 | | | | |

本会開催にあたり、質問などがございましたら下欄にご記載ください。

※質問などご自由にご記載ください。