＊ＢＰＳＤへの対応と治療について＊

～実症例を中心に～

参加申込書

|  |  |
| --- | --- |
| **氏名又は****代表者名** | **（ふりがな）** |
|  |
| **住　　所** | **〒　　　-** |
| **連絡先** | **□勤務先** | **勤務先名：** |
| **TEL：** |
| **FAX：** |
| **□その他** | **□自宅　　　　　　　□その他** |
| **TEL：** |
| **FAX：** |
| **参加者氏名** |  |
| **参加者氏名** |  |
| **参加者氏名** |  |
| **今後の****研修の****ご案内** | **□希望する　　　　　　　　　□希望しない****送付先：　□上記住所****□その他　〒**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※本申込書にご記入いただきました個人情報については、研修の受付管理事務・当事業所からの案内等に利用し、その他の目的で利用することはございません。

送信先　FAX：052-681－0312

ひびのファミリア研修事業所　行

【お問い合わせ先】

社会福祉法人　杏園福祉会　ひびのファミリア研修事業所

　　　　　　　　　　（担当：北原・松岡）

〒456-0074　名古屋市熱田区比々野町２７番地

　　　　　　　　　　　TEL：052-681-0311　　FAX：052-681－0312

Mail：**hibi-kensyu@kyoenkai.or.jp**