**BEAMS in 帯広　3/21（土）　申込書**

**（申込〆切　３月6日）**

【お申込み先】帯広協会病院　地域医療福祉連携室　MSW田巻憲史　宛

**メールの場合　n-tamaki@obihiro-kyokai-hsp.jp**

件名を「BEAMS帯広申込」とし、お名前（ふりがな）、所属、職種、

希望stage**（可能な限り両方の受講をオススメします）**、

連絡先を明記して送信してください。

**FAXの場合　０１５５－２４－７０７６**

以下に必要事項を記入し、このまま送信してください。かがみ文不要です。

**所　属**

**連絡先**

**研修終了後、懇親会を予定しております。参加希望の方はお知らせください**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **お名前** | **職種** | **受講内容****（どちらかに○）** | **懇親会****（希望者は○）** |
|  |  | **両方・****Stage1のみ** |  |
|  |  | **両方・****Stage1のみ** |  |
|  |  | **両方・****Stage1のみ** |  |
|  |  | **両方・****Stage1のみ** |  |

※お申し込み完了のご連絡いたしませんのでご了承ください