

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