



桑園病院 担当 精神保健福祉士 長谷川未央

FAX : 011-716-2358

※表紙なく、このままお送り下さい。

訪問支援での SST 研修会 2018. 3. 10

|           |   |      |     |
|-----------|---|------|-----|
| 施設名       |   |      |     |
| 代表者(担当者)名 |   |      |     |
| 職種・役職名    |   | 賛助会員 | 有・無 |
| 連絡先       | FAX番号                                     |      |     |
|           | 住所(郵送)                                    |      |     |
|           | メールアドレス<br><small>※但し添付ファイルが開けるもの</small> |      |     |

※連絡先はできるだけ Fax またはメールでお願い致します。

参加希望者

| 優先順位 | 氏名 | 職種 | 会員(賛助・個人)<br>(○で囲む)  | 昼食の希望<br>(○or×) |
|------|----|----|----------------------|-----------------|
| 1    |    |    | ・ SST普及協会会員<br>・ 非会員 |                 |
| 2    |    |    | ・ SST普及協会会員<br>・ 非会員 |                 |
| 3    |    |    | ・ SST普及協会会員<br>・ 非会員 |                 |

事務局記載欄

|  |                  |
|--|------------------|
|  | 参加者の申し込みをお受けしました |
|  | 定員となり受付できませんでした  |

| 参加取扱  |     | 昼食 | 備考  |
|-------|-----|----|-----|
| 会員    | 名 円 | 名  |     |
| 非会員   | 名 円 | 円  |     |
| 参加費合計 |     |    | 00円 |

3月5日までに振り込みをお願いします。また、振込手数料はご負担をお願いいたします。期限を過ぎる方は振り込み確認ができるものを当日ご持参ください。

<<振込先>>

銀行名 : 北海道銀行 宮の沢支店 口座番号 : 普通 0595998

口座名義 : SST 普及協会北海道支部 事務局長 村本好孝

(エスエスティーフキユウキョウカイホツカイドウシブ)

注) 振込時は必ず個人名(参加者名 又は 代表者名)での振り込みをお願いいたします