受講申込書（FAX送信票）

申し込み期限：2019年3月10日（日）必着

ＦＡＸ番号　：０６-６７６４-７８３９

研修会名　スーパービジョンこれから普及プロジェクト

『スーパービジョン研修』

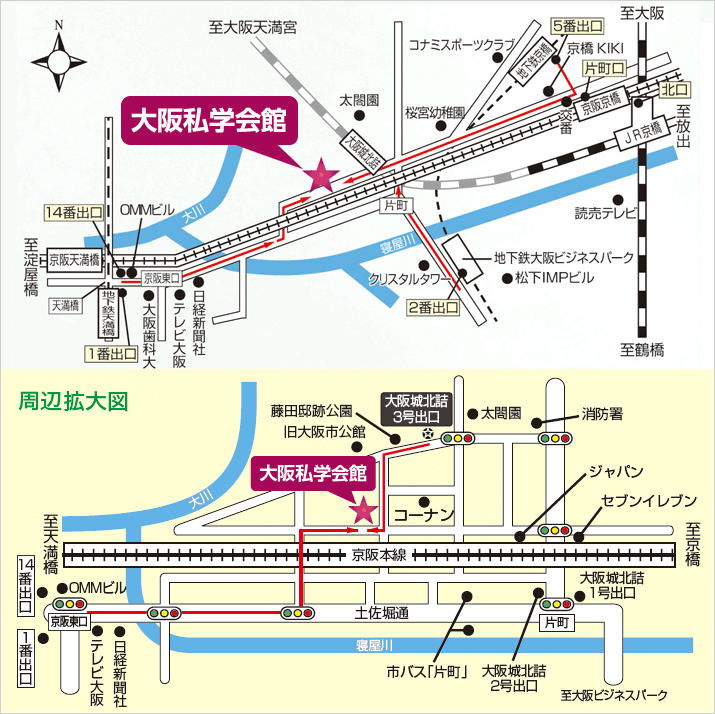
上記研修への参加を希望します（以下、あなたご自身について全てにご記入ください）。

|  |  |
| --- | --- |
| お名前 | 経験年数　　　年 |
| 所属機関名 |  |
| 所属機関住所 | 〒 |
| 所属機関電話番号 |  |
| 日中連絡先電話番号 | （ 同上 ／ 自宅 ・ 携帯 ） |
| メールアドレス | ＠ |

注）上記個人情報は、「これプロ」事業のみに使用いたします。

[協会使用欄]　受講　　可　／　否　　　　　　　　　　返信　　　月　　　日

一般社団法人 大阪精神保健福祉士協会



大阪私学会館

大阪市

都島区網島町６−２０

会場周辺案内図