

## C. ラップ先生来日記念フォーラム・研修会受講申込書

＜申込締切2009年8月10日＞

FAX. 04-2947-6952

2009年 月 日 発信

		<b>連絡方法</b> *いずれか を選択して ください	Email : <hr/> FAX :
<b>勤務先機関名</b>			
<b>勤務先所在地</b> (〒      —      ) ※郵便番号は必ずご記入ください。 都道 府県			
<b>TEL</b>		<b>FAX</b>	
<職種> ○で囲んでください 医師      看護師      保健師      福祉専門職種      その他 (      )			
<b>自宅現住所</b> (〒      —      ) ※ご連絡先を勤務先になさる方は記入不要です。 都道 府県			
<b>TEL</b>		<b>FAX</b>	
<b>参加するプログラム</b>  右の欄に○をつけてください。		8月18日：記念講演および記念パネル討論 (定員 300名)	参加費 5000円 (学生 3000円)
		8月18日：出版記念パーティ	参加費 6000円
		8月19日：ストレングスモデル演習 (定員 50名)	参加費 7000円
<b>事務局への連絡事項</b>			
<注意事項> * 各プログラム、申し込み人数多数の際には、先着順とさせていただきます。 * ワークショップに参加される方は、記念フォーラムおよびシンポジウムへの参加を前提条件とします。 * 交通および宿泊の手配などは行っておりませんので、ご了承ください。 * 昼食は学食および周辺の飲食店などでおとり下さるようお願い申し上げます。 * 申し込みは必ずFAXでお願いします。申し込みを確認次第、事務局から予約票をお送りいたします。 * 参加費は当日受付にてお支払いください。			

**※事務局記入欄** (以下は記入しないでください)

<b>受付NO.</b>	記念講演 記念パネル討論	出版記念パーティ	ストレングスモデル演習
<b>備考欄</b>			受理年月日      /  担当者サイン