

FAX / 郵送 申込書

宛先：うつ病リワーク研究会

FAX：03-5512-1161

* 定員となり次第、締め切りとさせていただきます

うつ病リワーク研究会 医療従事者向け研修会申込書

医療機関名			
医療機関住所	〒		
		TEL	
		FAX	
氏名		職種	
連絡先	TEL	E-mail	
会員区分	会員 ・ 非会員	※当研修会参加と併せうつ病リワーク研究会に入会します。 はい ・ いいえ	
参加希望 コース	<input type="radio"/>	2011/4/23 初級編コース	会場：名古屋大学医学部（愛知県名古屋市）
(該当コースに○ を記入下さい)	<input type="radio"/>	2011/4/23 実践編コース	会場：名古屋大学医学部（愛知県名古屋市）
現在リワーク（復職支援）活動を			
① している			
② これから始める（予定 年 月頃から）			
研修会で聞きたいこと／リワーク研究会への質問			

※申込書を受理後、受講者向け研修会のご案内をEメールにて連絡いたします。

郵送にてお申込の方は、以下の宛先までお送り下さい。

〒105-0001 東京都港区虎ノ門 1-2-11 交洋ビル 3F メディカルケア虎ノ門内

うつ病リワーク研究会事務局 担当：林

Tel 03-5512-1161 Fax 03-5512-1161