



第36回 秋田こころの臨床研究会 秋季セミナー 参加申込書

(送信状不要です。このまま FAX してください。オンライン参加を希望される方は Eメールまたは申し込みフォームにてお申し込みください。)

生活訓練施設のぞみ

FAX 0182-32-6725

E-mail kokorin@kohseikai.com



申し込みフォーム

令和4年 月 日

所属・団体名 _____ 担当者名 _____

Email _____ 連絡先 (TEL) _____

※オンライン参加希望の方には、後日接続テストのご案内をいたします。

氏名	職名	参加方法	備考
(例)秋田 花子	看護師	<input checked="" type="checkbox"/> 横手興生病院会場 (弁当 <input checked="" type="radio"/> 無) <input type="checkbox"/> 回生会病院会場 《オンライン》 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 職場	会場が無理なら自宅オンライン希望
		<input type="checkbox"/> 横手興生病院会場 (弁当 有・無) <input type="checkbox"/> 回生会病院会場 《オンライン》 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 職場	
		<input type="checkbox"/> 横手興生病院会場 (弁当 有・無) <input type="checkbox"/> 回生会病院会場 《オンライン》 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 職場	
		<input type="checkbox"/> 横手興生病院会場 (弁当 有・無) <input type="checkbox"/> 回生会病院会場 《オンライン》 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 職場	
		<input type="checkbox"/> 横手興生病院会場 (弁当 有・無) <input type="checkbox"/> 回生会病院会場 《オンライン》 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 職場	
		<input type="checkbox"/> 横手興生病院会場 (弁当 有・無) <input type="checkbox"/> 回生会病院会場 《オンライン》 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 職場	

用紙が不足する場合、コピーして使用してくだ

さい。

■参加費 講演会、シンポジウムいずれか、あるいはどちらも参加・・・2,000円
(各事業所で複数名オンライン参加される場合もお一人ずつの参加費となります)

❖ 参加費は9月2日(金)までお振込みください。(注意)キャンセルについて:当日のキャンセルは参加費の返金はできませんのでご了承ください。新型コロナ感染拡大状況により、会が中止となる場合は返金致します。

参加申し込み締め切り 8月26日(金)