



FAX 03-3556-1543

シリーズ・ケアマネジャーに必要な知識

申込書

第4回 平成22年10月16日



『アルコール依存症の理解と支援』

の受講を申し込みます。

会員番号	No. _____		
ふりがな			
氏名			
参加証送付先	自宅 職場 (○印をお付けください)		
住所	〒 -		
事業所名	(職場送付の場合)		
電話	昼間に連絡のつく番号をお願いします - -	FAX	- -

↑ 必ず全項目記載ください！

※ 申込み締切 10月8日(金)

※ 申込み締切日前に定員に達した場合には、その時点で
お申込みを締切りとさせていただきます。お早めにお申込みください。

收受印	收受番号	備考欄