申込用紙

**（本用紙をそのまま送信ください）**

**7/29（土）2017年度北海道ブロック　RSW9機能モデル研修会**

**送信先FAX番号**0133-23-3182

**（E-mailでお申込みの場合は　n-kondo@hoku-iryo-u.ac.jp　へお願いします。）**

**【お申し込み先（とりまとめ担当）】**

**北海道医療大学看護福祉学部臨床福祉学科　近藤尚也　宛**

お申込〆切　2017年7月20日（木）

|  |  |
| --- | --- |
| **所属機関****・団体名** |  |
| **代表連絡先****（電話またはメール）** |  |
| **参加者氏名** | **職　名** | **懇親会**（どちらかに○） | **備　考** |
|  |  | 参加　・　不参加 |  |
|  |  | 参加　・　不参加 |  |
|  |  | 参加　・　不参加 |  |
|  |  | 参加　・　不参加 |  |
|  |  | 参加　・　不参加 |  |

お送りいただいた情報は、本研修以外に使用することはありません。

【お問合せ先】

北海道医療大学看護福祉学部

臨床福祉学科

　　　　近藤　尚也

E-mail：n-kondo@hoku-iryo-u.ac.jp

電話（直通）0133-23-3182

【お問合せ先】

北海道石狩郡当別町金沢1757

北海道医療大学大学院看護福祉学部臨床福祉学科

修士課程1年　平野啓介

E-mail　ssw-kh@nishino-g.ac.jp

電話（携帯）090-3391-6263

【お問合せ先】

北海道石狩郡当別町金沢1757

北海道医療大学大学院看護福祉学部臨床福祉学科

修士課程1年　平野啓介

E-mail　ssw-kh@nishino-g.ac.jp

電話（携帯）090-3391-6263