**申込期限：2017年10月30日（月）18：00**

**2017年度 ソ教連北海道ブロック社会福祉実習セミナー　参加申込用紙**

**下記のメールアドレスまでお申込ください。**

**北海道ブロック事務局（札幌医学技術福祉歯科専門学校　越石　全）**

**E-mail：sw-mk@nishino-g.ac.jp**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **参加者氏名** | **職　名** | **備　考** |
| 【記入例】福士　学 | 医療ソーシャルワーカー |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**＜ご連絡先＞　必ずご記入をお願いいたします。**

|  |
| --- |
| **代表者氏名　：****所属／勤務先：** |
| **ＴＥＬ：**　　　　（　　　　　）　　　　　　**E-mail：** |
| **通信欄** |