

FAX 送信票

第 20 回多文化間精神保健専門アドバイザー 資格認定研修会

お申し込み用紙

お申し込み 年 月 日

ご 芳 名	ふりがな／	
ご 所 属		
ご 住 所* (連絡先)	1. 自 宅 2. 勤務先	〒
電話番号		
FAX 番号		
E-mail アドレス		

* ご住所は、連絡先としての住所をご記入ください。自宅か勤務先のどちらかに○を付してください。

事務センター記入欄					
用紙受理日	年 月 日	入金日	年 月 日	通知日	年 月 日

多文化間精神医学会事務センター 「専門アドバイザー資格認定委員会」

FAX. 03-3368-2822

E-mail でのお申し込み先 : E-mail : jstp-post@bunken. co. jp