

申込方法： 受講申込書のFAXまたは郵送
 申込先： 〒241-0815 横浜市旭区中尾 1-5-1
 FAX：045-366-5803
 実践教育センター実践教育部 久保田宛
 申込：平成 29 年 12 月 1 日（金）～平成 30 年 2 月 16 日（金）
 *定員になり次第、締切。受講できない場合のみご連絡いたします

平成 29 年度 **がん患者支援講座 公開シンポジウム** **受講申込書**

講座 6 自分らしくを支える～一人ひとりの意思決定を支えよう～

日時：平成 30 年 2 月 24 日（土） 9:30～12:00

所 属	<名 称>	
	<住 所> 〒	
受講者 1	ふりがな 氏 名	
	職 種	
	所有資格	
	がん患者を支援している年数	年
	実務経験年数(通算)	年
	連絡先(平日、必ず連絡がつくところをお願いします) 自 宅 ・ 所 属 (いずれかに○をお願いします)	
	電話番号： e-mail アドレス：	
託児希望	有の場合 (歳) (男・女)	
受講者 2	ふりがな 氏 名	
	職 種	
	所有資格	
	がん患者を支援している年数	年
	実務経験年数(通算)	年
	連絡先(平日、必ず連絡がつくところをお願いします) 自 宅 ・ 所 属 (いずれかに○をお願いします)	
	電話番号： e-mail アドレス：	
託児希望	有の場合 (歳) (男・女)	

※所有資格：現在の職にかかわらず、関連する所有資格について記入してください。
 ※実務経験年数：現所属を含め、これまでの関連事業所等での通算を記入してください。
 ※神奈川県立保健福祉大学実践教育センター個人情報の取扱方針に基づき、収集した個人情報
 情報は利用目的の範囲内で適正に取り扱います。