

平成30年5月28日 必着

多職種連携推進課程  
平成30年度フォローアップ研修受講申込書

フリガナ	
氏名	
自宅住所	〒
連絡先	携帯電話：
	電話番号：
	メールアドレス：
所属	<名称>
	<所在地> 〒
	<電話番号>
職種	
職位	
所有資格	*卒業後取得資格

※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、収集した個人情報を利用目的の範囲内で適正に取り扱います。

【留意事項】

- ◆申込用紙に記入後、メールに添付もしくは郵送にてお申し込みください。

< e-mail : [goto-yo.j@kuhs.ac.jp](mailto:goto-yo.j@kuhs.ac.jp) >

※郵送の場合は封筒表に「多職種連携推進課程フォローアップ研修申込」と朱書きしてください。

- ◆受講の可否については、応募者全員に通知します。
- ◆受講料納入の詳細は、受講決定通知にてお知らせいたします。

<送付先> 〒241-0815 横浜市旭区中尾1-5-1  
神奈川県立保健福祉大学実践教育センター  
多職種連携推進課程 後藤 洋子 宛て