

送付先：FAX 03-5232-3315

日精協 認知行動療法研修会係 宛

第13回 認知行動療法研修会受講申込書

申込日 平成 29 年 月 日

病院名 _____
会員番号 (_____)

住 所(非会員のみ記入) 〒 _____

ご担当者 _____

TEL _____

FAX _____

参加者名	職 種 (Dr, Ns, OT, PSW, CP等)
ふりがな 氏 名	
ふりがな 氏 名	

申込み期間 平成 29 年 9 月 21 日(木)まで

なお、定員になり次第締め切りとさせていただきます

※ キャンセル・差し替えの場合も FAX にてご連絡下さい。

※ 3名以上の場合は、本紙をコピーしてお申込み下さい。