送付先：FAX 03-5232-3315 申込締切：4 月 11 日（木）

日精協 認知行動療法研修会係 宛

第 16 回　認知行動療法研修会　受講申込書

申込日　2019 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	

※ 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。