**PASセルフケアセラピィ看護学会トレーニング**

**―精神科診断・薬物治療編―第1回参加申込書**

名前（ふりがな）、ご勤務先、ご連絡先（住所ならびに電話番号）を下記にご記入後、

E-mailで申し込みをお願い致します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　お申込日　平成　年　月　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな | 会員の有無  □　未入会  □　入会済（会員番号：　　　　） |
| お名前 |
| ご勤務先 | 職種 |
| 勤務先住所  　〒  　TEL： | |
| ＊お申し込み後、振込先のご案内や申込完了メールなどをお送りいたします。  ご希望の連絡方法をお選び頂き、□にチェック（✔）を入れ、必要事項をご記入ください。  □郵送先住所： 〒  □　　E-mail： | |
| **お申込み先**  　　PASセルフケアセラピィ看護学会  　　事務局：四天王寺大学看護学部内  　　住所：〒583-8501 大阪府羽曳野市学園前3丁目2-1  　　TEL：072-965-3181(代表)  **学会E-mail：passct\_office@passct.com**  事務局長　　川田陽子(四天王寺大学)  事務局　　　石飛マリコ(日本赤十字九州国際看護大学)  橋野明香(広島大学)  宮崎志保(四天王寺大学) | |