**PASセルフケアセラピィ看護学会主催**

**第２回　精神科診断・薬物治療トレーニング　参加申込書**

お名前（ふりがな）、ご所属先、ご連絡先（住所ならびに電話番号）を下記にご記入後、

E-mailもしくはFAXで申し込みをお願い致します。

申込日　　　　　　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　 |
| ご所属先　 | 職種　 |
| ご連絡先（住所ならびに電話番号）　〒　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事務局長　　川田陽子(四天王寺大学)　　住所：〒583-8501 大阪府羽曳野市学園前3丁目2-1　　TEL：072-959-2436, FAX：072-956-6011　　　　　　**学会E-mail：passct\_office@passct.com** |