**第1回PASセルフケアセラピィ看護学会主催**

**トレーニング参加申込書**

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、

FAXまたは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 |
| お名前 | * 未入会 * 入会済（会員番号：　　　　　　　） |
| 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**  　　事務局長　　川田陽子（医療法人精神会　八尾こころのホスピタル）  　　　　　　　　 TEL：070-949-5181  　　　　　　　　 E-mail：kawata@yaokokoro-hp.jp  事務局　　　宮崎志保（熊本大学生命科学研究部）  TEL＆FAX：096-373-5511  E-mail：[miyas@kumamoto-u.ac.jp](mailto:miyas@kumamoto-u.ac.jp)  橋野明香（広島大学大学院医歯薬保健学研究科）  E-mail：mary.t.19991208@gmail.com | |