**申込みフォーム（第１１回薬物乱用対策研修会）**

令和元年１１月１３日（水）～１５日（金）の研修会に参加を希望します。

フリガナ

　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　歳）

　勤務先名

　勤務先所在地　〒

　※上記該当しない方のみ、自宅住所をご記入ください。

　　ご自宅住所　〒

　勤務先ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　携帯番号

勤務先ＦＡＸ

E-mailアドレス　　　　　　　　　　　　　＠

※携帯アドレス不可。添付文書の受信が可能なE-mailアドレスをお願いします。

　職　　種 　　　　　　　　　　　　　　（資格　　　　　　　　　　　　）

　役　　職

1. 昼食（弁当）の注文（選択肢に〇をつけてください）

３日間分(11/13～15)の昼食を　　　注文する　　・　　注文しない

1. 懇親会の参加（選択肢に〇をつけてください）

11月13日（水）懇親会に　　　参加する　　・　　参加しない

　※昼食申込・懇親会参加の当日キャンセルは出来ませんので、予めご了承ください。

（送付先）下総精神医療センター　研修会事務局　寺内

**ＦＡＸ：０４３－２９１－２６０２**　 E-mail：213-crct@mail.hosp.go.jp