ＳＳＴ研修会受付担当（いわき病院内）　行

送付先（FAX）：**087－879－1080**　＊送付文書不要

「SST 普及協会四国支部主催研修会　参加申込書」

氏　名（よみがな）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　職　種：＿＿＿＿＿＿

所　属：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（あてはまるものに〇をつけて下さい）

非会員　・　会員（番号　　）　・　賛助会員

≪連絡先≫　所属先　・　自宅　（←どちらかに〇をつけて下さい）

住　所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＴＥＬ：＿＿＿＿＿＿＿＿　ＦＡＸ：＿＿＿＿＿＿＿＿

Email：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊希望するコースに〇をつけてください。

（　　）　「中級者研修」コース

（　　）　「訪問サービスに活かすＳＳＴ」コース

＊ＳＳＴ経験について、あてはまるものに〇をつけ、ご記入ください。

（　　）ＳＳＴの研修に始めて参加する

（　　）初級研修は受けたが、実践はしていない

（　　）主にコ・リーダー経験がある　＿＿年＿＿ヶ月

（　　）主にリーダー経験がある　＿＿年＿＿ヶ月

※　申込締切：平成２６年６月２１日（土）