

依存症治療拠点機関研修会申込書

申込日 年 月 日

(申し込み先)

埼玉県立精神医療センター 療養援助部

〒362-0806

埼玉県北足立郡伊奈町小室818-2

TEL : 048-723-1111 担当 小川、上村、荻野

FAX : 048-723-6828

表面の二次元バーコードからお申込みいただくか
下記の必要事項を記入して、左記申し込み先まで
FAXにてお申し込みください。

フリガナ	
氏名	
メールアドレス	
参加方法	<p>※こちらのメールアドレス宛にミーティングID、パスワードを送りいたします ご希望の参加形態を○で囲んでください。ご検討中の方は「両方」をお選びください</p> <p>当日参加・オンデマンド視聴・両方</p> <p>※「回復者の話」はオンデマンド配信されませんのでご注意ください</p>
ご所属	
職種	
ご質問	

※何かお聞きになりたいことがありましたらご記入ください