

## 申込先

晴和病院 地域医療連携担当 宛

FAX 03-3260-9191

# 第4回就労支援ネットワーク 参加申込シート



申込日 年 月 日

第4回就労支援ネットワークに参加申し込みをいたします。

なお、申込みシートの情報につきましては、就労支援ネットワークの活動以外に使用することはありません。

### 1、参加者の機関・職種等（代表者）

氏名		電話	
職種・役職		FAX	
所属機関名		メール	
懇親会への参加（いずれかを○で囲んでください）		参加する	・ 参加しない
*参加費として、1000円を当日受付でいただきます。領収証の有無をお知らせください		有	・ 無

### 2、代表者以外の参加者（第4回は1機関・企業から代表者を含め、**2名まで**の申し込み枠とさせていただきます）

氏名	職種・役職		
懇親会への参加（いずれかを○で囲んでください）		参加する	・ 参加しない
*参加費として、1000円を当日受付でいただきます。領収証の有無をお知らせください		有	・ 無

### 3、参加目的（動機）・要望等

--

【事務局】公益財団法人 神経研究所 附属晴和病院 地域医療連携担当

担当者：加藤、船木

〒162-0851 東京都新宿区弁天町91

電話：03-3260-9171（代表番号）

FAX：03-3260-9191

メール：k.kato@ionp.or.jp（加藤宛）