

**F A X / 郵送 申込書**

宛先：うつ病リワーク研究会  
F A X : 0 3 - 5 5 1 2 - 1 1 6 1

\* 定員となり次第、締め切りとさせていただきます

**うつ病リワーク研究会 医療従事者向け研修会申込書**

医療機関名			
医療機関住所	〒  TEL FAX		
氏名（フリガナ）		職種/ 役職	
連絡先	TEL E-mail		
会員区分	会員      ・      非会員	※当研修会参加と同時にうつ病リワーク研究会に入会します。 はい      ・      いいえ	
参加希望 コース	<b>2017/9/9(土) 基礎コース</b>  会場：さっぽろ駅前クリニック日興ビル分院（北海道札幌市）		
現在リワーク（復職支援）活動を ① している ② これから始める      （予定      年      月頃から）			
研修会で聞きたいこと／リワーク研究会への質問			

※申込書を受理後、受講者向け研修会のご案内を E メールにて連絡いたします。案内がない場合は受け付けられていない場合がありますので以下事務局まで連絡ください。

**郵送にてお申込の方は、以下の宛先までお送り下さい。**

〒105-0001 東京都港区虎ノ門 1-16-16 虎ノ門一丁目 MG ビル 3F メディカルケア虎ノ門内  
うつ病リワーク研究会事務局 担当：林  
Tel 03-5512-1161 Fax 03-5512-1161