

**F A X / 郵送 申込書**

宛先：(社) 日本うつ病リワーク協会  
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

**(社) 日本うつ病リワーク協会 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	※研修会参加と同時に日本うつ病リワーク協会に入会します。 はい ・ いいえ	
参加希望 コース	<b>岡山会場 2018/9/15(土) 基礎コース</b> <b>仙台会場 2018/11/10(土) 基礎コース</b> <b>東京会場 2019/2/10(日) 基礎コース</b>		
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／日本うつ病リワーク協会への質問			

※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あて連絡ください。

**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 1 丁目 MG ビル 3F メディカルケア虎ノ門内  
一般社団法人日本うつ病リワーク協会事務局 担当：林  
Tel 03-5512-1161 Fax 03-5512-1161