**第30回思春期臨床問題研究会ワークショップ　参加申込書**

ご記入の上、郵送、FAX、メールのいずれかの方法で

8月25日までに事務局までお送り下さい。

【宛先】

　篠﨑医院豊科診療所　思春期青年期デイケア　ワークショップ事務局（矢花、加藤、西川）

　［住所］ 〒399－8204　長野県安曇野市豊科高家　5089－1

　［TEL］ 0263－71－6315　［FAX］ 0263－71－6316



|  |  |
| --- | --- |
| 所属所名 |  |
| 代表者名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号  FAX番号 | ［TEL］  ［FAX］ |
| メールアドレス | （ 個人・職場 ） |
| 参加者 | 計　　　　　名  お弁当（1,000円）の用意を希望される方は〇をつけてください。   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | 職名 | お弁当 | |  |  | 要　・　不要 | |  |  | 要　・　不要 | |  |  | 要　・　不要 | |  |  | 要　・　不要 | |  |  | 要　・　不要 | |  |  | 要　・　不要 | |  |  | 要　・　不要 | |

※領収書を希望される場合は、その旨をお伝えください。