

# 出張講演・研修会 参加申込書

申込日 年 月 日

**申込方法** 下記の欄に必要事項をご記入の上、FAX または郵送にてお申込ください。受付次第、当院担当者よりご連絡を差し上げます。

● 団体名（必須）

● 担当者氏名（必須）

● メールアドレス（必須）

● 電話番号（必須）

● 派遣内容（必須）

講演会       職員研修講義       事例検討会

● 対象者（必須）

幼稚園教諭       小学校教諭       中学校教諭       保護者       その他

● 派遣場所（最寄駅または市町村名）（必須）

● 具体的な派遣希望日（任意）原則として申込みから3ヶ月後以降の日程での設定をお願いします。

第1希望：

第2希望：

第3希望：

● その他ご希望・ご連絡事項

**送付先** 〒533-0024 大阪市東淀川区柴島 1-7-50  
淀川キリスト教病院 小児科公認心理師 出崎 躍 宛  
FAX : 06-6320-6308



宗教法人 在日本南ブレスピテリアンミッション  
**淀川キリスト教病院**  
Yodogawa Christian Hospital

全人医療