**ＦＡＸ ／ 郵送／メール　申込書**

**宛先：（社）日本うつ病リワーク協会事務局**

**ＦＡＸ：０３－５５１２－１１６１**

* **定員となり次第、締め切りとさせて頂きます**

**（社）日本うつ病リワーク協会　施設認定説明会申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | |
| 医療機関住所 | 〒 | | |
|  | TEL |  |
|  | FAX |  |
| 氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ） |  | 職種/  役職 |  |
| 連絡先 | TEL | E-mail |  |
| ※参加申し込みにあたってのご注意  　1施設2名まで、施設の管理者、事務長等リワーク施設全体を管理把握している方  　年次大会福井大会の参加受付をした方 | | | |
| ◎質問等、ご自由にご記載下さい | | | |

※申込書を受理後、参加者向けの受付連絡をEメールもしくはFAXにて連絡いたします。連絡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1-12-11 虎ノ門ファーストビル8F虎ノ門リワーク研究所内

一般社団法人日本うつ病リワーク協会事務局

Tel 03-5512-1161 Fax 03-5512-1161

E-mail information@utsu-rework.org