|  |
| --- |
| 国立病院機構新潟病院　事務部　管理課　庶務班長　　柴野　泉　宛FAX　　 0257(24)9812　 **(送信票不要)**　　　E-mail　 225-syomuhancyou@mail.hosp.go.jp |

**新潟県療育研究会　第２回学術集会　参加申込書**

＜代表者所属名＞

＜代表者メールアドレス＞

＜代表者電話番号＞

＜参加者・分科会等について＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | １ | ２ | ３ | ４ |
| 参加者名 |  |  |  |  |
| 職種・職名等 |  |  |  |  |
| 午前参加（〇か×） |  |  |  |  |
| 分 科 会（希望に〇） | １分科会（　　　）２分科会（　　　）３分科会（　　　） | １分科会（　　　）２分科会（　　　）３分科会（　　　） | １分科会（　　　）２分科会（　　　）３分科会（　　　） | １分科会（　　　）２分科会（　　　）３分科会（　　　） |
| 弁当注文 ※１（〇か×） |  |  |  |  |
| 懇親会　 ※２（〇か×） |  |  |  |  |

※１　昼食について・・・昼食(昼食交流会)は２会場用意しています。参加者の皆さんで気軽に情報交換し
　　　　　　　　 ながら昼食を食べることができます。

昼食後、新潟市障がい者ＩＴサポートセンターによる、実際の機器を使ったレ

クチャーコーナーを設けます。（参加自由）

※２　懇親会は大会当日の午後５時から７時まで、柏崎市内にて会費5､000円で開催します。

ご都合等により途中退席の方も大歓迎です。奮ってご参加ください。（会場は当日ご案内します。）

◆対応で困っていることや、今回の学術集会でお聞きになりたいことなどがありましたら、

ご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

　　　　　　　　　　送付締め切り　**平成30年８月20日（月）**