

**第31回 九州アルコール関連問題学会沖縄大会**  
**「学会参加・分科会・各種セミナー・懇親会」 申込書**

**申込締切日**  
**1 / 31 (木)**

JTB九州MICEセンター行  
 「第31回 九州アルコール関連問題学会沖縄大会」係  
 〒810-0072 福岡市中央区長浜 1-1-35 新 KBCビル 6 階  
 TEL: 092-751-2102 (株)JTB ビジネスネットワーク内  
 営業時間: 月～金曜 09:30～17:30、土・日曜祝祭日は休業  
 ※FAX は終日受付可能ですが、変更・取消の場合は上記営業時間内  
 をお願いいたします。

FAX番号:092-751-4098

申込日 平成 年 月 日

フリガナ				所属(勤務先)			
代表者名							
住所(書類送付先) ( <input type="checkbox"/> 勤務先・ <input type="checkbox"/> 自宅) <input checked="" type="checkbox"/> をお付け下さい	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
TEL(ご連絡先)	( ) —	FAX	( ) —	携帯電話	( ) —		
所属区分	<input type="checkbox"/> 1.病院 <input type="checkbox"/> 2.診療所 <input type="checkbox"/> 3.保健所 <input type="checkbox"/> 4.福祉事務所 <input type="checkbox"/> 5.学校 <input type="checkbox"/> 6.福祉施設 <input type="checkbox"/> 7.その他( )						

新規 ・ 取消 ・ 変更  
印をお付け下さい。

**\* 該当の口に✓印をご記入ください。**

	フリガナ ご参加者氏名	年齢	性別	職種区分	参加区分	ランチョン セミナー 3/22	分科会3/22		イブニング セミナー 3/22	懇親会 3/22	備考
							第1 希望	第2 希望			
例	オキナワ タロウ 沖縄 太郎	45	男	<input type="checkbox"/> A 医師 <input type="checkbox"/> B 保健師 <input type="checkbox"/> C 看護師 <input type="checkbox"/> D ソーシャルワーカー <input checked="" type="checkbox"/> E 臨床心理士 <input type="checkbox"/> その他( )	<input checked="" type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 非会 員	○	1	2	×	○	
1				<input type="checkbox"/> A 医師 <input type="checkbox"/> B 保健師 <input type="checkbox"/> C 看護師 <input type="checkbox"/> D ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> E 臨床心理士 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 非会 員						
2				<input type="checkbox"/> A 医師 <input type="checkbox"/> B 保健師 <input type="checkbox"/> C 看護師 <input type="checkbox"/> D ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> E 臨床心理士 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 非会 員						
3				<input type="checkbox"/> A 医師 <input type="checkbox"/> B 保健師 <input type="checkbox"/> C 看護師 <input type="checkbox"/> D ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> E 臨床心理士 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 非会 員						
4				<input type="checkbox"/> A 医師 <input type="checkbox"/> B 保健師 <input type="checkbox"/> C 看護師 <input type="checkbox"/> D ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> E 臨床心理士 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 非会 員						

「備考欄」

●変更・取消の場合は、この用紙にその内容を加筆の上、FAX願います。●分科会は「第31回九州アルコール関連問題学会沖縄大会のご案内」に記載の第1～3分科会の中よりお選びください。  
 ●申込書が不足の場合は、2片目の用紙をコピーしてお使いください。●確認の為、控え(コピー)をお手元にお持ちください。