

退院促進のための情報交換会

申込 FAX 用紙 締切 11 月 24 日（金）まで

申込先：FAX092-523-6848 福精協事務局行

病院名 _____

ふりなが 氏 名	職 種	退院促進の取組 経験の有無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無

※本用紙が不足の場合はコピーして使用してください。

申込み後のキャンセル等がある場合は、必ずご連絡をお願いします。

連絡先：TEL092-522-6062 福精協事務局

主催：一般社団法人 福岡県精神科病院協会

協力：福精協精神保健福祉士会