北九州地区精神保健福祉士協会　研究事業

「 きたぴぃアドボカシー勉強会『リライフ』 」　参加登録申込書

北九州地区精神保健福祉士協会長　様

その場で知りえた個人情報について、いかなる方法をもってしても、開示、漏洩もしくは使用しないことを誓約し、「きたぴぃアドボカシー勉強会『リライフ』」への参加登録を申し込みます。

申　込　日	年　　月　　日
氏　　名	
所　属　先	
電 話 番 号	
メールアドレス	
本協会会員の有無	会員　・　非会員
精神保健福祉士 資格の有無	有　・　無

※ ご記入いただいた内容は、リライフの運営に関すること以外には使用いたしません。