

FAX:078-452-3082

申込用紙 (下記にご記入いただき、FAXにてお申し込みください)

(特)ひょうごセルフヘルプ支援センター宛 このままFAXしてください

所 属	
氏 名	
連 絡 先 (TEL・FAX・住所など)	
職 種 等 (該当する箇所に○をおつけ下さい。)	当事者ご本人およびご家族、専門職、その他 (職種:) ※専門職、その他の方は、職種をご記入下さい。
参加を希望する分科会 (1. 2. 3. のいずれかに○をおつけ下さい。 また、1. にご参加の方は①～④のいずれかに○をおつけ下さい。)	1. ① 身体障がい・病気・見た目の課題(あざや手術痕など) ② 多胎児・不登校・ひきこもり・発達障がい ③ 介護者家族 ④ 性被害者・アルコール依存・精神障がい 2. ピアサポート研修 3. 集団認知行動療法(援助専門職者 10名限定 参加費 5,000円)
ご一緒に参加の方	ご氏名 :
	連絡先 :
	職種など :
	ご希望 : 1. ① ② ③ ④ 2. 3. (○をおつけ下さい)
ご一緒に参加の方	ご氏名 :
	連絡先 :
	職種など :
	ご希望 : 1. ① ② ③ ④ 2. 3. (○をおつけ下さい)

※ 申し込み期日:2010年8月20日(金)

※参加券は特に発行いたしません。

※当日参加も可。

※最後に、抽選会で素敵な景品があたります。(15名の方)