FAX　0940-37-5021

宗像医師会在宅医療連携拠点事業室（むーみんネット）行き

在宅ホスピスボランティア養成講座　受講申込書

フリガナ 氏　名		申　込　日	2017 年　　月　　日
性　別　　男　　女		年　　齢	歳
職　業			
資格・特技			
ボランティアの経験　　有　　無			
＊どのようなボランティア活動ですか			
住　所　〒			でんわ
ファックス	携帯電話		E-mail
■本講座を希望される理由をご記入ください。			
■受講終了後、実際に活動可能な日数（頻度）を教えてください。（例　週１回　月１～２回）			

＊上記にご記入いただいた情報は，本事業以外の目的には使用しません。
＊応募者多数の場合は，書類選考の上，応募者全員の方に通知致します。
＊営利目的，布教活動目的などで受講希望をされる場合は，事前に（あるいは講義期間中であっても）受講をお断りします。
＊申込方法：上記にご記入の上，FAX，e-mailで申し込むか，または郵送してください。

■申込先　宗像医師会在宅医療連携拠点事業室　（むーみんネット）
〒811-3431　宗像市田熊 5-5-1
TEL0940-37-5020　FAX 0940-37-5021　　e-mail　mumin-net@munakata-med-hp.gr.jp

■〆切り　2017 年 8 月 31 日

■講座会場　宗像医師会在宅総合支援センター 2 階会議室　宗像市田熊 5-5-1