▲熊本県介護支援専門員協会事務局
FAX: 096-375-7520▲

熊本県 CM 協会　スーパービジョン研修Ⅳ

奥川幸子氏ＳＶ研修会《一期一会》　参加申込書

氏　　名	
所属事業所	
参加対象要件	□　第一優先　□　第二優先　□　第三優先
受講されているＳＶ研修の所属団体（等）	
連絡先（電話）	□携帯　□職場
連絡先（Ｅメール）	@
郵送物連絡先（住所）	〒
相談援助業務経験	通算　　年
主任ＣＭ研修受講	□　済　・　□　未
日本ＣＭ協会入会	□　有　・　□　無
奥川ＳＶ研修受講歴	□　有　・　□　無
□ 受講動機 □ 本研修への期待 □ ＳＶ研修について □ 奥川先生へのﾒｯｾｰｼﾞ □ 熊本県ＣＭ協会へのご意見・要望 □ その他 等々、ご自由に	

※ 申込書に記入された情報は、スーパービジョン研修以外には用いません。

申　込　締　切　：　平成 26 年 5 月 30 日(金)