

# アルコール関連問題予防研究会 300 回記念大会参加申込書

申込日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

〈申し込み先〉

独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター（内）

アルコール関連問題予防研究会

事務局 伊藤 満（心理療法士）

下記の必要事項を記入して、左記申込先まで

FAX でお申込みください

**FAX 046-849-7743**

〈いずれかに〉

300 回記念大会のみ参加

懇親会のみ参加

300 回記念大会と懇親会の両方に参加

お名前： \_\_\_\_\_

ご所属： \_\_\_\_\_

お電話： \_\_\_\_\_ F A X： \_\_\_\_\_

Email： \_\_\_\_\_

〈ご意見などありましたらお知らせください〉