

送信票は不要です。

和歌山県精神保健福祉センター 宛て

精神保健福祉専門研修「高齢のアルコール依存症者と家族を支援する」申込書

所 属 ( )

電話番号 ( )

職 種	氏 名
アルコール依存症（疑を含む） 当事者と家族への関わりで、困 難に思うこと迷うことがあれば ご記入ください。	

FAX 073-435-5193

2月10日までにお申し込みください。