**研修会受講者変更届**

**○送付先：東京研修会場**

FAX:03-5796-7034

**申込研修会名（日程）：**

**連絡責任者（申込者）：**

**連絡先（病院・自宅）：ＴＥＬ：　　　　　　　　　ＦＡＸ：**

**＜申込者＞**

**会員番号：　　　　　　　　（会員登録申請中者は“申請中”、非会員は“非会員”と記入）**

**支部名：　　　　　　　施設名：　　　　　　　　　　　　　氏名：**

**＜変更者＞**

**会員番号：　　　　　　　　（会員登録申請中者は“申請中”、非会員は“非会員”と記入）**

**支部名：　　　　　　　施設名：　　　　　　　　　　　　　：**

**プログラム送付先（施設・自宅）：〒**

**参加動機（該当番号に○印）：1.認定を目指している　2.自己学習の一環**

**3.上司の指示・命令　4.その他（　　　　　　　）**

**職位/職名：　　　　　　　　実務経験：精神科　　　年　，その他の科　　　年**

**その他：**