**６月16日（木）研修　申込み**

**「日本語がわからない外国人患者が受診されたとき**

**あなたはどう対応しますか？」**

**ＦＡＸ番号　０４５－８２１－１７１１**

**（送信票は不要。本紙のみファクシミリでご送付下さい）**

**宛先　　神奈川県精神保健福祉センター　調査･社会復帰課**

**メールアドレス**sei-c.chousa@pref.kanagawa.lg.jp

**ご所属・病院名**

**ご連絡先TEL**

**メールアドレス**

**出席者**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **氏名**
 | **職種**（例：精神保健福祉士、事務職等） | **業務経験年数** |
|  |  | 　　　　　年 |

* 御出席される方に伺います。次の質問について当てはまる箇所、□にチェック✔をお願いします。

あなたはご所属で外国人患者の対応をしたことがありますか。

□　　ある　　　　□　　ない

**出席者**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **氏名**
 | **職種**（例：精神保健福祉士、事務職等） | **業務経験年数** |
|  |  | 　　　　　年 |

* 御出席される方に伺います。次の質問について当てはまる箇所、□にチェック✔をお願いします。

あなたはご所属で外国人患者の対応をしたことがありますか。

□　　ある　　　　□　　ない