

FAX送信先：052-795-1252

FAX 送信時、送信面が裏表逆ではないか、ご確認ください

※再送の場合は、変更点を明記のうえ、いずれかに○をつけて送信してください（追加・変更・取消）

**公益社団法人日本精神保健福祉士協会「基幹研修Ⅱ」係
（愛知県精神保健福祉士協会事務局 守山荘病院 精神保健福祉課）**

受講申込書

<申込締切2013年9月6日（金）>

年 月 日 発信

氏名	修了証書に使うため楷書でご記入ください。		ふりがな	性別	男・女	年齢	歳
公益社団法人日本精神保健福祉士協会 構成員番号	★構成員番号は封筒の宛名ラベルに記載されています —			所属支部		県	
受講要件について 該当に☑をお付け下さい		☐ 基幹研修Ⅰ受講修了済 ☐ 2008年度読み替え認定（基幹Ⅰまで）					
勤務先機関名 ※受講決定通知書等に使うため正式名称を記入ください。							
※当日配布の名簿に勤務先機関名を掲載することについて。（いずれかにチェックを入れてください） ☐ 可 ☐ 不可							
勤務先所在地（〒 — ）※郵便番号は必ずご記入ください。 都道 府県							
TEL				FAX			
自宅現住所（〒 — ）※ご自宅を受講決定通知書等の送付先としない方は記入不要。 都道 府県							
TEL				受講決定通知書等送付先		☐ 勤務先 ・ ☐ 自宅	
共通テキスト第1版の 所持の有無 （該当に☑してください）		☐ 第1版（全3巻・A4版）を購入済 ⇒1,500円での販売です ☐ 持っていない ⇒2,500円での販売です					
懇親会	☐ 参加します ・ ☐ 参加しません						
その他	グループワークの班分けの参考として伺います 1. PSWとしての経験年数（ 年）／PSW以外の経験年数（ 年）						
事務局への連絡事項							
ご記入にもれがないかご確認のうえ、FAXください（特に受講決定通知書等送付先）。							

＜個人情報の取り扱い＞ 本研修申し込みにおいて得た個人情報は、本研修実施に伴う書類発送、研修の運営、研修評価に伴う調査の確認に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。この範囲を超えて利用する場合は、本人の同意を得た上で行います。

※事務局記入欄（以下は記入しないでください）

受付確認	年 月 日		
受講の可否	可 ・ 不可	／ 受講決定通知の発送	月 日 発送
入金確認	年 月 日	／ 受講番号 第	番
備考欄			受付印 完了印

