

FAX送信するとき、送信面が裏表逆ではないか、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）

受講申込書

<申込締切 9月5日(金)>

(公社)日本精神保健福祉士協会「基幹研修Ⅰ」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 FAX 052-795-1252)

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
勤務先機関名 ※受講決定通知などに使うため正式名称を記入ください。								
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 (〒)	※ご自宅を参加証等の送付先としない方は記入不要。 都道府県		参加証送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 · <input type="checkbox"/> 自宅				
参加要件 該当する項目全てを□してください	<input type="checkbox"/> (公社)日本精神保健福祉士協会構成員 ※以下、日本協会構成員番号 () ★構成員番号は封筒の宛名ラベルに記載されています <input type="checkbox"/> 愛知県精神保健福祉士協会 会員 <input type="checkbox"/> 岐阜県精神保健福祉士協会 会員 <input type="checkbox"/> 三重県精神保健福祉士協会 会員 <input type="checkbox"/> その他 ()							
共通テキスト (第1版・第2版) の所持の有無 (該当に□してください)	<input type="checkbox"/> 第2版(全1巻・B5版)を購入済 ⇒再購入不要です。当日お持ちください <input type="checkbox"/> 第1版(全3巻・A4版)を購入済 ⇒1,500円での販売です ※日本協会構成員のみ <input type="checkbox"/> 持っていない ⇒2,500円での販売です または 日本協会非構成員							
懇親会	<input type="checkbox"/> 参加します · <input type="checkbox"/> 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 (特に参加証送付先、懇親会、その他)。								

＜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