

ファックス送信票（別途送信票不要）

申込締切:平成26年11月1日(土)必着

参 加 申 込 書

愛知県・岐阜県・三重県 精神保健福祉士協会 平成 26 年度 初任者研修会

F A X : 0 5 9 4 - 4 8 - 5 4 4 4 （多度あやめ病院 医療福祉室 宛）

平成 年 月 日 発信

フリガナ			男・女
氏 名			
勤務先	名称 部署（ ）		
	〒 住所 T E L		
連絡先	勤務先と別の場合は、〒・住所・T E L を記載		
	〒 住所 T E L		
1、所属協会 ☐ 愛知県会員 ☐ 岐阜県会員 ☐ 三重県会員 ☐ 公益社団法人 日本精神保健福祉士協会のみ所属 ☐ 非会員 (※1)			
2、P S Wとしての経験年数 年 カ月 (※2)			
3、当日の参加者名簿に所属を ☐ 載せてよい ☐ 載せない (※3)			
4、懇親会に 参加(4,000 円) ・ 不参加 (○で囲んでください)			

(※1) 非会員の方は **参加費 1,000 円** が必要です。

(※2) 経験年数は、グループワーク時のグループ分けの参考にさせていただきますので、必ずご記入ください。尚、ご記入いただいた個人情報は、今回の研修以外の目的で使用することはありません。

(※3) 当日資料として、参加者名簿を配布する予定です。原則お名前は掲載させていただきますが、所属および連絡先につきましては、掲載の可否を『参加申込書』にてお知らせください。