

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 8月10日(水)>	
(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 もりやま総合心療病院精神保健福祉課)	
FAX 052-795-1252 再度番号をご確認ください	

年 月 日 発信

氏名	<small>修了証書に使うため楷書でご記入ください。</small>	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						
TEL			参加証送付先		<input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅	
参加要件		<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				
該当する項目全てを☑してください		<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 または 日本協会非構成員 ⇒2,500円での販売です				
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