

※再送の場合はいずれかに○をつけて送信してください (追加・変更・取消)

社団法人日本精神保健福祉士協会「第6回基幹研修Ⅱ・Ⅲ」申込書
FAX. 03-5366-2993

2010年 月 日発行

→
まず記入

★★【必須】 申込む研修に☑し、必要事項を記入してください ★★	
<input type="checkbox"/> 第6回基幹研修Ⅰ	●次の2つから基幹研修Ⅰ修了方法を選んでください ※会員番号007731までが対象 <input type="checkbox"/> 修了証書No.: Ⅰ - <input type="checkbox"/> 読み替え認定
<input type="checkbox"/> 第6回基幹研修Ⅱ	●つぎの3つから基幹研修Ⅱ修了方法を選んでください <input type="checkbox"/> 修了証書No.: Ⅱ - <input type="checkbox"/> 読み替え認定 <input type="checkbox"/> 研修認定精神保健福祉士認定No.: -

→
次に記入

氏名		ふりがな		性別	男・女	年齢	歳	連絡のつきやすい電話番号	- -
<input type="checkbox"/> 構成員	<input checked="" type="checkbox"/> 記入必須 会員番号 (- 0 0) 2009年度会費 <input type="checkbox"/> 納入済 ・ <input type="checkbox"/> 納入予定 (月 日) ※未納の方は至急ご納入ください。		次の要件に該当する方は☑して「い」へお進みください。 該当しない方は「あ」にお進みください。 <input type="checkbox"/> 参加証送付先が「PSW通信」送付先と同じで、勤務先は本協会に登録済(変更なし)である						
<input type="checkbox"/> 非構成員	「あ」にお進みください。								

→
該当する方は記入

あ	参加証送付先 (ご希望に☑してください) <input type="checkbox"/> 所属先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅
	所属先機関名 ※参加者名簿掲載などに使うため正式名称を記入ください。
	所属先所在地 (〒 -) ※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

→
全員記入

い	オプション	●懇親会「参加希望の方」は☑してください 基幹研修Ⅱ・Ⅲ <input type="checkbox"/> 参加します	●お弁当を「注文する方」は☑してください 基幹研修Ⅱ・Ⅲ <input type="checkbox"/> 注文します
	その他	●参加者名簿へのご所属名、ご所属の所在地の掲載を「希望しない方」は☑してください 基幹研修Ⅱ・Ⅲ <input type="checkbox"/> 掲載しません	基幹研修Ⅱ・Ⅲ希望の方のみ ●グループワークの班分けの参考として伺います 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

ご記入にモレがないかご確認のうえ、FAXください (特に、オプション・その他)。

<個人情報の取り扱い> 本協会の個人情報保護方針および個人情報の保護に関する規程に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。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、研修評価に伴う調査および本協会会員データの確認に用い、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 2010年 月 日 / 2010年度までの会費納入状況 納入済 ・ 未納 ()			
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 2010年 月 日 / 受講番号 第 番			
備考欄	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">受付印</td> <td style="width: 50%; border: none;">完了印</td> </tr> </table>	受付印	完了印
受付印	完了印		