

課題別研修 in 埼玉(第2回) 6月20日●ときわ会館

オムニバス研修～精神保健福祉士の魅力～

さいたま市浦和区常盤6-4-21

構成員	5,000円
非構成員	8,000円
学生	3,000円
お弁当	1,050円

日本の精神保健福祉に携わるソーシャルワーカーの理念構築をリードしてこられた柏木昭先生に、「かわり」論を中心にソーシャルワークの基本をお話しいただく目玉企画をはじめ、本協会精神保健医療福祉委員会に委員長として参画された白石直己さんとともに障害者にとってのサービスについて考え、最後は癒しの時間、山中達也さんのやわらかい話術で元気を持って帰れる企画です！

(敬称略)

6月20日(日)	
09:45	開講式(受付開始 9:15～)
10:00	講義「かわり」とは～ソーシャルワークの基本を考える～(120分) 講師：柏木 昭(本協会名誉会長)
12:00	昼休み(60分)
13:00	講義 障害者に必要な制度・サービスとは～手帳制度のあり方を考える過程で見えてきたこと～(80分) 講師：白石直己(やどかりの里援護寮)
14:20	休憩(10分)
14:30	講義 援助職のメンタルヘルス～明日からの生き生きとした実践に向けて～(90分) 講師：山中達也(精神保健福祉士)
16:00	閉講式(～16:20)

■開催概要

1. 定員 50名(定員になり次第、締切ります)
2. 研修にかかる費用 次のいずれかに該当する方。
[必須] 参加費 構成員：5,000円
非構成員：8,000円
学生：3,000円
[オプション] お弁当：1,050円
※ご希望に応じてお申込みください。
3. 対象 次のいずれかに該当する方。
 1. 本協会構成員
(2009年度までの会費納入のこと)
 2. ソーシャルワーカー(非構成員)
 3. 精神保健福祉士をめざす学生(社会人除く)
4. お申込方法
 1. 「受講申込書」を個人ごとに本協会までFAXしてください(原本保管のこと)
 2. 研修に係る費用は、参加証と共に送付する払込書にて所定の期限までにご送金ください。
 3. 「申込み」締め切り **5月31日(月) 必着**
 4. 参加証等発送日 **6月4日(金)**

5. 変更・参加取り消し

1. 変更、取り消しのご連絡は、各自保管の申込書(原本)を訂正のうえ、改めてFAXしてください。
2. 原則として参加証送付後の参加取り消し及び参加費のご返金はできません。ただし、参加費納付後の取り消しの場合は、研修終了後に当日資料を送付します。

6. その他

1. 参加者名簿には、参加者全員のお名前を掲載いたしますが、勤務先名・勤務先所在地・TEL・FAXの掲載の可否は申込書にてお知らせください。
2. 宿泊のご用意はありません。
3. 災害保険等は各自ご加入ください。



問合せ先

社団法人日本精神保健福祉士協会

〒160-0015 東京都新宿区大京町23-3 四谷オーキッドビル7F

TEL. 03-5366-3152 FAX. 03-5366-2993

E-mail: office@japsw.or.jp URL: http://www.japsw.or.jp

※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2回オムニバス研修」申込書
FAX. 03-5366-2993

2010年 月 日発行

→ 一次に記入

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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。								
<input type="checkbox"/> 学生 (社会人除く)	→ 「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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	●お弁当を「注文する方」は <input checked="" type="checkbox"/> してください <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 <input checked="" type="checkbox"/> してください <input type="checkbox"/> 掲載しません

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	/	2009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								受付印	完了印