

受講申込書

社団法人日本精神保健福祉士協会「第6回認定スーパーバイザー養成研修」

2010年 月 日発行

氏名	ふりがな	男・女	年齢	歳
勤務先機関名				
勤務先所在地（〒 - ）		TEL	-	-
		FAX	-	-
		E-mail	@	
自宅現住所（〒 - ）※ご自宅を送付先としない方は記入不要。		TEL	-	-

受講要件 全ての要件を満たす方	1. 研修認定精神保健福祉士の認定番号（ - ）/会員番号（ - 0 0 ）							
	2. 精神保健福祉分野における相談援助実務（ 年）							
	3. 修了した研修に☑し、「回数」と「修了証書番号」を記入すること。ただし、読み替えではなく、基幹研修Ⅲの修了により研修認定精神保健福祉士となった方は、「修了証書番号」の記載は不要。							
	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> 修了証書番号 () </td> <td style="width: 70%;"> <input type="checkbox"/> 基幹研修Ⅲ（第 回） 第1回/2009.2（東京、兵庫） 第2回/2009.4（東京） 第3回/2009.6（福岡） 第4回/2009.9（宮城） 第5回/2010.4（香川） 第6回/2010.6（埼玉） </td> </tr> <tr> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> 研鑽コース研修（第 回） 第1回/2002（東京） 第2回/2003（東京） 第3回/2004年度（東京） 第4回/2005（大阪） 第5回/2006（東京） 第6回/2007（岩手） </td> </tr> <tr> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> 中堅者研修（第 回） 第1回/1993.3、第2回/1993.11、第3回/1994.11、第4回/1995.11、第5回/1997.2 </td> </tr> <tr> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> 指導者研修（第 回） ※実習指導者養成研修は非該当 第1回/2000.9（広島県、東京都） 2000.10（北海道） 第2回/2001.9（広島県、北海道、東京都） </td> </tr> </table>	修了証書番号 ()	<input type="checkbox"/> 基幹研修Ⅲ（第 回） 第1回/2009.2（東京、兵庫） 第2回/2009.4（東京） 第3回/2009.6（福岡） 第4回/2009.9（宮城） 第5回/2010.4（香川） 第6回/2010.6（埼玉）		<input type="checkbox"/> 研鑽コース研修（第 回） 第1回/2002（東京） 第2回/2003（東京） 第3回/2004年度（東京） 第4回/2005（大阪） 第5回/2006（東京） 第6回/2007（岩手）		<input type="checkbox"/> 中堅者研修（第 回） 第1回/1993.3、第2回/1993.11、第3回/1994.11、第4回/1995.11、第5回/1997.2	
修了証書番号 ()	<input type="checkbox"/> 基幹研修Ⅲ（第 回） 第1回/2009.2（東京、兵庫） 第2回/2009.4（東京） 第3回/2009.6（福岡） 第4回/2009.9（宮城） 第5回/2010.4（香川） 第6回/2010.6（埼玉）							
	<input type="checkbox"/> 研鑽コース研修（第 回） 第1回/2002（東京） 第2回/2003（東京） 第3回/2004年度（東京） 第4回/2005（大阪） 第5回/2006（東京） 第6回/2007（岩手）							
	<input type="checkbox"/> 中堅者研修（第 回） 第1回/1993.3、第2回/1993.11、第3回/1994.11、第4回/1995.11、第5回/1997.2							
	<input type="checkbox"/> 指導者研修（第 回） ※実習指導者養成研修は非該当 第1回/2000.9（広島県、東京都） 2000.10（北海道） 第2回/2001.9（広島県、北海道、東京都）							
4. 2010年度会費： <input type="checkbox"/> 納入済 or <input type="checkbox"/> 納入予定（ 月 日）								

選択申込（基礎編）	昼食 <input type="checkbox"/> 申込む ・ <input type="checkbox"/> 申込まない	懇親会 <input type="checkbox"/> 参加する ・ <input type="checkbox"/> 参加しない
-----------	--	--

その他	研修資料等送付先 <input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅	名簿への「所属名」「所属の所在地」の掲載について <input type="checkbox"/> 掲載する ・ <input type="checkbox"/> 掲載しない
-----	---	---

事前課題	本研修の受講動機（200字程度） 日常実践における課題（200字程度）
------	--

<個人情報の取り扱い> 本協会の個人情報方針および規程に基づき、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/受講の可否：可・否/受講決定通知の発送： 月 日発送/受講番号：第 番	受付印	完了印
備考欄		

※郵送にて協会事務局(〒160-0015 東京都新宿区大京町 23-3 四谷オーキッドビル7F)までお送りください。