

[送信票不要] ※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）

社団法人日本精神保健福祉士協会
「課題別研修／地域移行研修」申込書
 FAX. 03-5366-2993

【必須】希望会場を「1か所」にチェックを入れてください（複数選択「不可」）。

<input type="checkbox"/> 東京会場 7/9、10（締切 6/19）	<input type="checkbox"/> 鳥取会場 9/3、4（締切 8/5）	<input type="checkbox"/> 鹿児島会場 10/31、11/1（締切 9/30）
---	---	--

2012年 月 日

氏名		ふりがな		性別	男・女	年齢	歳	必須	日中必ず連絡のとれる電話番号	
								- -		
構成員のみ の記入欄		必須 会員番号（ - ） 2012 年度会費： <input type="checkbox"/> 口座振替 or <input type="checkbox"/> 口座振替以外で納入完了 ※未納の方は至急ご納入ください。 <input type="checkbox"/> 東日本大震災被災により年会費免除申請済または予定				次の要件に該当する方は <input checked="" type="checkbox"/> して「いい」へ。 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（変更無）				
あ	受講証送付先（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				携帯 番号	
	自宅現住所（〒 - ）※ご自宅を受講証等の送付先としない方は記入不要。 都道 府県									
い	職場	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> 福祉事務所 <input type="checkbox"/> その他（ ）								
	職種	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> それ以外（ ）								
	●懇親会「参加希望の方」は <input checked="" type="checkbox"/> してください				<input type="checkbox"/> 参加する					
●お弁当を「注文する方」は <input checked="" type="checkbox"/> してください		鳥取		<input type="checkbox"/> 注文する		鹿児島		<input type="checkbox"/> 注文する		
●参加者名簿へのご所属名と所在地の掲載を「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（手話通訳等、情報保障をご希望の方は本欄にご記入ください。手配の関係からお早目にお申込みいただければ幸いです。）										

<個人情報の取り扱い> 本協会の個人情報保護方針及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や運営、評価に伴う調査に用います。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）

2012 年度までの会費納入状況 納入済 ・ 未納（ ） / 入金確認 2012 年 月 日 / 受講番号 第 番		
備考欄	受付印	完了印*