

[送信票不要] ※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 )

「第8回認定スーパーバイザー養成研修・基礎編」聴講申込書 FAX. 03-5366-2993

2012年 月 日 発信

氏名	ふりがな	男・女	年齢	歳
勤務先機関名		日中必ず連絡のとれる電話番号		
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。	
	修了証書番号	<input type="checkbox"/> 基幹研修Ⅲ ( 年 月 (地域) ) / 修了・受講予定 2009.2 (東京、兵庫) / 2009.4 (東京) / 2009.6 (福岡) / 2009.9 (宮城) / 2010.4 (香川) / 2010.6 (埼玉) / 2010.9 (愛知) / 2011.7 (北海道) / 2011.7 (広島) / 2011.8 (長崎) / 2011.9 (千葉) / 2011.9 (秋田) / 2011.10 (山形) / 2012.5 (東京) / 2012.7 (大阪) <input type="checkbox"/> 更新研修 ( 年 月 (地域) ) / 修了・受講予定 2011.7 (北海道) / 2011.7 (広島) / 2011.8 (長崎) / 2011.9 (千葉) / 2011.9 (秋田) / 2011.10 (山形) / 2012.5 (東京、石川) / 2012.7 (大阪) <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. 2012年度会費: <input type="checkbox"/> 納入済 or <input type="checkbox"/> 納入予定 ( 月 日 )		

選択申込	<input checked="" type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 申込み <input type="checkbox"/> 申込みない	<input checked="" type="checkbox"/> 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「勤務先名・勤務先の所在地」の掲載について <input type="checkbox"/> 掲載する <input type="checkbox"/> 掲載しない
-----	--	---

通信欄 情報保障をご希望の方は本欄にご記入ください。

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、研修運営、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: 2012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		
備考欄	受付印	完了印