

[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<br>- - |    |   |
| 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<br>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<br>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)<br><input type="checkbox"/> 更新研修 ( 年 月 (地域) ) / 修了・受講予定<br>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)<br><input type="checkbox"/> 研鑽コース研修 (第 回)<br>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)<br><input type="checkbox"/> 中堅者研修 (第 回)<br>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<br><input type="checkbox"/> 指導者研修 (第 回) ※実習指導者養成研修は非該当<br>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<br><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<br><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 |