［送信票不要］

※再送の場合は、変更点を明記のうえ、いずれかに〇をつけて送信してください （ 追加 ・ 変更 ・ 取消 ）

公益社団法人日本精神保健福祉士協会「基幹研修受講申込書」
ＦＡＸ．０３－５３６６－２９９３

年　　月　　日発信

【必須】 申込む研修に☑し、必要事項を記入してください（複数選択不可）		
☐ 基幹研修Ⅱ	☐ 基幹研修Ⅲ	☐ 更新研修
☐ 埼玉県 10/11（締切9/2） ☐ 滋賀県 2/27（締切1/17）	☐ 埼玉県 10/11、12（締切9/2） ☐ 滋賀県 2/27、28（締切1/17）	
●基幹研修Ⅰ修了方法を選択 ☐ 修了証書番号 （Ⅰ　　－　　） ☐ 読み替え認定（2008年度実施） ※構成員番号012713までが対象	●基幹研修Ⅱ修了方法を選択 ☐ 修了証書番号 （Ⅱ　　－　　） ☐ 読み替え認定（2008年度実施） ☐ 研修認定精神保健福祉士	☐ 2011～2012年度認定の「研修認定精神保健福祉士」 認定番号（　　－　　） ※認定番号００２２１０までが対象 ☐ 受講期間延長が承認された★「研修認定精神保健福祉士」 認定番号（　　－　　） ※認定番号００１９７４までが対象 ★2014年度中に受講期間延長申請をされ、理事会で承認された方

氏名		ふりがな		日中必ず連絡のとれる電話番号 －　　－
構成員番号（　　）※基幹研修Ⅱは2012年度までの入会者（構成員番号012713まで）が対象				
受講証等の送付先	**「PSW通信」等、本協会からの送付先に指定された先にお送りします。** ※ＷＥＢサイトに記載されている「データ抽出日」の時点におけるデータにて送付します。変更がある方は、必ず**「データ抽出日」の前日**までに**変更届**をご提出ください。			
共通テキスト	テキスト第２版の所持状況に☑してください	☐持っている	⇒	購入不要（0円）※当日第２版をご持参ください
		☐持っていない	⇒	☐第１版（3冊セット・A4）購入済　⇒1,500円 ☐共通テキスト初購入　⇒2,500円
オプション	●懇親会「参加希望の方」は☑してください			☐ 参加する
	●お弁当を「注文する方」は☑してください			☐ 注文する
その他	●参加者名簿へのご所属名、ご所属の所在地等の掲載を「希望しない方」は☑してください ☐ 掲載しない			グループワークの班分けの参考として伺います PSWとしての経験年数（　　年）

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、研修運営や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　　年　月　日 ／2015年度までの会費納入状況　納入済 ・ 未納（　　）		
受講の可否　可 ・ 不可　　／ 受講証の発送　　月　日発送		
入金確認　　年　月　日 ／ 受講番号　第　　番		
備考欄	受付印	完了印