

※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）



公益社団法人日本精神保健福祉士協会  
**基幹研修Ⅰ・Ⅱ「講師講習会」**  
 FAX. 03-5366-2993

年 月 日発信

**【必須】** 申込み研修に☑してください（複数選択不可）

愛知県 9/10（締切8/7）

東京都 2/4（締切12/11）

氏名	ふりがな	<b>必須</b> 日中必ず連絡がとれる電話番号 - -
構成員番号（ ）	認定番号 (研修認定精神保健福祉士 or 認定精神保健福祉士) ( - )	2016年度会費 <input type="checkbox"/> 納入済 ※研修の受講には当年度会費の納入が必要です
受講証等の送付先	<b>「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。</b> ※「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 <b>「データ抽出日」の前日までに変更届</b> をご提出ください。	
オプション	●業務指針に関する研修に「参加希望」の方は、希望会場に☑し別途申込書をお送り下さい。	<input type="checkbox"/> 愛知県会場（9/11）→業務指針研修の申込が必要 <input type="checkbox"/> 東京都会場（2/5）→次号のStrat Lineで募集予定 注意：業務指針研修は☑をもって申込完了ではありません
	●懇親会「参加希望の方」は☑してください	<input type="checkbox"/> 参加する（開催日程を確認ください）
	●お弁当を「注文する方」は☑してください	<input type="checkbox"/> 注文する
その他	●参加者名簿への勤務先名の掲載を「希望しない方」は☑してください <input type="checkbox"/> 掲載しません	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）
<b>事務局への連絡事項</b> （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 20 年 月 日 / 2016年度までの会費納入状況 納入済 ・ 未納 ( ) / 受講の可否 可 ・ 不可		
備考欄	受付印	完了印

