

※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「ストレスチェック実施者研修」受講申込書  
 FAX. 03-5366-2993（締切：10月27日）  
 兵庫県会場



2019年 月 日発行

ふりがな			年齢 歳	性別
氏名				
日中連絡先	平日の日中に連絡が取れる電話番号 TEL ( ) → <input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯番号			
<input type="checkbox"/> 構成員 ※研修当日構成員であること	<input type="checkbox"/> 1日受講 (8,000円) 必要な添付書類なし	<input checked="" type="checkbox"/> 必須 構成員番号 ( ) <input type="checkbox"/> 会費納入済 (会費免除含む) ※必要な会費を納めていること	ご指定の「本協会からの送付先」にお送りします。「データ抽出日」である10/29(火)時点の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「構成員マイページ」で変更いただくか、変更届をご提出ください。「A」をご記入ください。	
	<input type="checkbox"/> 科目免除 (6,400円) 必要な添付書類 (必須) <input type="checkbox"/> 衛生管理者の免許証コピー			
<input type="checkbox"/> 非構成員	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 公認心理師	<input type="checkbox"/> 1日受講 (15,000円) 必要な添付書類 (必須) <input type="checkbox"/> 登録証コピー (精神保健福祉士・公認心理師) or <input type="checkbox"/> 免許証コピー (歯科医師・看護師)	<input type="checkbox"/> 科目免除 (12,000円) 必要な添付書類 (必須) <input type="checkbox"/> 登録証コピー (精神保健福祉士・公認心理師) or <input type="checkbox"/> 免許証コピー (歯科医師・看護師) <input type="checkbox"/> 衛生管理者の免許証コピー	「非構成員記入欄」 <b>A</b> をご記入ください。

非構成員記入欄	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 ※受講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	
	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			

A	ストレスチェック実施予定等	ストレスチェックの実施予定の有無に <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、続く質問にお答えください。 <input type="checkbox"/> 有 <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 従業員規模                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 50人以上 <input type="checkbox"/> 50人未満</li> </ul> </li> <li>2. 実施職場                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 自職場</li> <li><input type="checkbox"/> 委託先→業種をお書きください (ex. 医療・福祉、教育・学習支援業、製造業等)</li> </ul> </li> </ul> ( ) <input type="checkbox"/> 無 受講動機を以下の1～3から選択してください。 <input type="checkbox"/> 1. 今後、産業保健領域で働きたいと思っているから <input type="checkbox"/> 2. このテーマに関心があるから <input type="checkbox"/> 3. その他 ( )
	請求書のご希望	<input type="checkbox"/> 希望する (宛名 ) <input type="checkbox"/> 希望しない ※請求書は受講証送付時と同封します。また、領収証は当日会場にてお渡しします。

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保護規程に基づき、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	2019年 月 日 / 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: 月 日 / 受講番号 第 番			
備考欄	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">受付印</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">完了印</td> </tr> </table>		受付印	完了印
	受付印	完了印		