

FAX 送信するとき、送信面が裏表逆ではないか、確認ください

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

受講申込書 <申込締切 2019年7月1日>
(公社) 日本精神保健福祉士協会「基幹研修Ⅰ」(愛媛県精神保健福祉士会) FAX. 089-961-1432

年 月 日 発信

氏名	<small>修了証書に使うため楷書でご記入ください。</small>	ふりがな	性別	年齢	歳
勤務先機関名 <small>※受講決定通知などに使うため正式名称を記入ください。</small>					
勤務先所在地 (〒 —) <small>※郵便番号は必ずご記入ください。</small> 都道 府県					
TEL		FAX			
自宅現住所 (〒 —) <small>※ご自宅を参加証等の送付先としない方は記入不要。</small> 都道 府県					
TEL		参加証送付先		<input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅	
参加要件 該当する項目全てを☑してください	<input type="checkbox"/> 日本精神保健福祉士協会構成員 構成員番号 (0) <small>★構成員番号は封筒の宛名ラベルに記載されています</small>				
	<input type="checkbox"/> 愛媛県精神保健福祉士会会員				
	<input type="checkbox"/> 他都道府県精神保健福祉士協会				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
共通テキスト (第1版・第2版) の所持の有無 (該当に☑してください)		<input type="checkbox"/> 第2版 (全1巻・B5版) を購入済 ⇒再購入不要です。当日お持ちください			
		<input type="checkbox"/> 第1版 (全3巻・A4版) を購入済 ⇒1,500円での販売です <u>※日本協会構成員のみ</u>			
		<input type="checkbox"/> 持っていない、または (公社) 日本精神保健福祉士協会非構成員 ⇒2,500円での販売です			
その他	グループワークの班分けの参考として伺います 1. PSW としての経験年数 (年) / PSW 以外の経験年数 (年)				
事務局への連絡事項					
ご記入にもれないかご確認のうえ、FAXください (特に参加証送付先、オプション・その他)。					

<個人情報の取り扱い> 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、研修の運営、研修評価に伴う調査の確認に用い、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				
受講の可否	可 ・ 不可	/	受講決定通知の発送	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