

FAX 047-424-3125

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）

<b>受講申込書</b> <申込締切2019年12月6日>
<b>(公社)日本精神保健福祉士協会「基幹研修Ⅰ」</b>
<b>(主催:千葉県精神保健福祉士協会) 総武病院医務課 渡邊・村山行</b>

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	年齢	歳
----	-------------------------------------	------	----	---

勤務先機関名 ※受講決定通知などに使うため正式名称を記入ください。

勤務先所在地 (〒 — ) ※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 (〒 — ) ※ご自宅を参加証等の送付先としない方は記入不要。

都道  
府県

TEL	<small>(緊急時に備え、携帯電話のご記入をお勧めいたします)</small>	参加証送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅
-----	---	--------	--

参加要件	<input type="checkbox"/> 日本精神保健福祉士協会構成員 <small>構成員番号 ( 0 ) ★構成員番号は封筒の宛名ラベルに記載されています</small>		
該当する項目全てを☑してください	<input type="checkbox"/> 千葉県精神保健福祉士協会会員		
	<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 <small>※日本協会構成員のみ</small>
	<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

懇親会	参加費 5000円 <input type="checkbox"/> 参加します <input type="checkbox"/> 参加しません
-----	--

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

**ご記入にもれがないかご確認のうえ、FAXください (特に参加証送付先 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	入金確認	年 月 日	受講番号	第 番	
受講の可否	可 ・ 不可	／	受講決定通知の発送	月 日	発送	
備考欄					受付印	完了印