

FAX 047-424-3125

FAX 送信時、送信面が裏表逆ではないか、ご確認ください

※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）

(公社)日本精神保健福祉士協会「基幹研修Ⅱ」
(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

受講申込書 <申込締切2019年12月6日>

年 月 日 発信

氏名	修了証書に使うため楷書でご記入ください。	ふりがな	性別	男・女	年齢	歳
日本精神保健福祉士協会 構成員番号	★構成員番号は封筒の宛名ラベルに記載されています		所属支部	県		
受講要件について 該当に☑をお付け下さい	<input type="checkbox"/> 基幹研修Ⅰ受講修了済 <input type="checkbox"/> 2008年度読み替え認定（基幹Ⅰまで）					
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	参加証送付先		<input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅			
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 <input type="checkbox"/> 持っていない ⇒2,500円での販売です				
懇親会	<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					
受講の可否	可 ・ 不可	／	受講決定通知の発送	月 日	発信	
入金確認	年 月 日	／	受講番号	第 番		
備考欄					受付印	完了印