別　紙

|  |
| --- |
| ＦＡＸ送信先：03-5366-2993（送付状不要）公益社団法人日本精神保健福祉士協会　事務局　宛office@japsw.or.jp宛の場合はタイトルに「業務指針第２版研修ご意見」と入れてください |

「精神保健福祉士業務指針及び業務分類（第２版）」を

研修等で活用された場合のご意見

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）お名前 |  |
|  |
| 会員状況 | □　構成員（構成員番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　非構成員 |
| メールアドレス |  | □勤務先　□自宅　□携帯 |
| ご意見 |  |

ありがとうございました！

いただいたご意見は「精神保健福祉士業務指針」委員会へお伝えいたします。

※事務局使用欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付日 | 処理日１ | 処理日２ |
|  |  |  |