

ファックス送信票

受講申込書



(社)日本精神保健福祉士協会「第2回ケアマネジメント研修」係
FAX. 03-5366-2993



200 年 月 日 発信

フリガナ 氏名	男・女	生年月日 西暦	年 月 日 (才)
勤務先機関名			
勤務先所在地 (〒 —)			
TEL	FAX		
自宅現住所 (〒 —) ※ご自宅を研修資料等の送付先としない方は記入不要。			
TEL	E-mail		
参加要件	1. 会 員 (会員番号 —) 2. 非会員 ※事務局からご入会についてご案内いたします。		
経験年数	1. PSWとしての経験年数 (年) 2. 保健・福祉・医療等での経験年数 (年)		
その他	次の内容について、ご希望する方へ☑をつけてください 1. 研修資料等の送付先について <input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅 2. 参加者名簿への「ご所属名」「ご所属の所在地」の掲載について (ご自宅は掲載しません) <input type="checkbox"/> 掲載します ・ <input type="checkbox"/> 掲載しません		
事務局への連絡事項			

※事務局記入欄 (以下は記入しないでください)

受付確認	200 年 月 日 / 2004年度までの会費納入状況	納入済 ・ 未納 ()
受講の可否	可 ・ 不可 / 研修資料等の発送	月 日 発送
入金確認	200 年 月 日	
受講番号	第 番 / 修了証書番号	第 号
備考欄		入力印 完了印