

ファックス送信票

受講申込書



社団法人日本精神保健福祉士協会 「第3回研鑽コース研修」係 宛
FAX. 03-5366-2993

2004年 月 日発行

ふりがな 氏名		男・女	生年月日 年 月 日 (才)
勤務先機関名			
勤務先所在地 (〒 -)			
TEL		FAX	
自宅現住所 (〒)			
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)		
次の内容について、該当する内容に○をつけてください。			
1. 参加証送付先について ご所属先 ・ ご自宅			
2. 懇親会のご出欠について ご出席 ・ ご欠席			
3. 参加者名簿への「ご所属名」および「ご所属先の所在地」の掲載について 掲載します ・ 掲載しません			
本協会主催による研修受講歴 (現任者講習会を受けられた方はその旨お書きください) (受講年度) : (研修会名) 年度			

事務局記入欄 (以下は記入しないでください)

受付確認	2004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	/ 参加証 (受講決定通知) の発送 月 日発送
入金確認	2004年 月 日	
受講番号	第 番	/ 修了証書番号 第 号
備考欄		
	完了印	