

受講申込書

(社) 日本精神保健福祉士協会
 「障害者ケアマネジメント従事者研修」・「第3回ケアマネジメント研修」

2006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		参加証送付先 <input type="checkbox"/> 所属先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅
お申込みになる研修に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 <input type="checkbox"/> 障害者ケアマネジメント従事者研修 (5日間) <input type="checkbox"/> 第3回ケアマネジメント研修 (4日間)		
「障害者ケアマネジメント従事者研修」にお申込みの方は下記をご記入ください。		
次の内容について、該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください <input type="checkbox"/> 会員 (会員番号 —) <input type="checkbox"/> 非会員 保健福祉医療領域における資格の有無をお知らせください。 (精神保健福祉士・社会福祉士・保健師・看護師・その他 ())		
「第3回ケアマネジメント研修」にお申込みの方は下記にご記入ください。		
参加要件	会員 (会員番号 —)	
	2005年度までの会費: <input type="checkbox"/> 納入済 ・ <input type="checkbox"/> 納入予定 (月 日)	
その他 ※全員お答えください。	参加者名簿への「ご所属名」「ご所属の所在地」 掲載可否をお知らせください(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	交流会 (3/18) のご出欠をお知らせください。 <input type="checkbox"/> 出席します ・ <input type="checkbox"/> 欠席します
	グループワーク班分けの参考として伺います。 相談支援業務における経験年数 (年)	
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	2006年 月 日 /	2005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	2006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