

# 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7回基礎コース研修」係  
FAX. 03-5366-2993

200 年 月 日発信

ふりがな 氏名	男・女	生年月日 西暦	年 月 日 ( 才)
ご所属名			
ご所属先の所在地 (〒 — )			
TEL		FAX	
ご自宅住所 (〒 — ) ※ご自宅を参加証等の送付先としない方は記入不要。			
TEL		参加証等郵送先 <input type="checkbox"/> 所属先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅	
参加要件	<input type="checkbox"/> 会 員 (会員番号 — ) <input type="checkbox"/> 非会員 ※事務局からご入会についてご案内いたします。		
	精神保健福祉士の資格取得後 ( 年)		
	2005 年度会費: <input type="checkbox"/> 納入済 or <input type="checkbox"/> 納入予定 ( 月 日)		
その他	参加者名簿への「ご所属名」および「ご所属の所在地」の掲載について <input type="checkbox"/> 掲載します ・ <input type="checkbox"/> 掲載しません		
	グループワーク班分けの参考として伺います。 PSW としての経験年数 ( 年) / PSW 以外の経験年数 (福祉業界外の経験含む) ( 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	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	/ 参加証 (受講決定通知) の発送	月 日発送
入金確認	2005 年 月 日		
受講番号	第 番	/ 修了証書番号	第 号
備考欄		受付印	完了印