

受講申込書



社) 日本精神保健福祉士協会「第4回研鑽コース研修」

FAX. 03-5366-2993



2005年 月 日 発信

氏名 <small>なりがな</small>		男・女	生年月日 <small>西暦</small> 年 月 日 (才)
勤務先機関名			
勤務先所在地 (〒 —)			
TEL		FAX	
自宅現住所 (〒 —)			
TEL	受講決定通知郵送希望先： 勤務先 ・ 自宅		
参加要件	<input type="checkbox"/> 構 成 員 (会員番号 —) <input type="checkbox"/> 非構成員 ※事務局からご入会についてご案内いたします。		
	<input type="checkbox"/> 正会員：精神保健福祉士の資格取得後 (年) <input type="checkbox"/> 準会員		
	<input type="checkbox"/> 基礎コース研修 (旧初任者研修) (年) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士現任者講習 (年)		
	2005年度会費： <input type="checkbox"/> 納入済 or <input type="checkbox"/> 納入予定 (月 日)		
オプション	昼食 (2日分)	<input type="checkbox"/> 申し込みます	or <input type="checkbox"/> 申し込みません
	懇親会	<input type="checkbox"/> 参加します	or <input type="checkbox"/> 参加しません
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 or <input type="checkbox"/> 掲載しません		
	演習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	2005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 / 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		<input type="checkbox"/> 受付印 <input type="checkbox"/> 完了印