

# 受講申込書

## (社)日本精神保健福祉士協会「第2回認定スーパーバイザー養成研修」

2005年 月 日 発信

ふりがな 氏名		男・女	生年月日 西暦 年 月 日生 (才)
勤務先機関名			
勤務先住所 (〒 - )			
TEL		FAX	
自宅現住所 (〒 - ) ※ご自宅を研修資料などの送付先としない方は記入不要。			
TEL		E-mail	
対象	構成員 (会員番号 - )		
	精神保健福祉分野におけるソーシャルワークの実務経験 ( 年)		
	<input type="checkbox"/> 研鑽コース研修 ( 年)	<input type="checkbox"/> 中堅者研修 ( 年)	<input type="checkbox"/> 指導者研修 ( 年)
	2005年度会費: <input type="checkbox"/> 納入済 or <input type="checkbox"/> 納入予定 ( 月 日)		
選択申込 (基礎編)	昼食 有・無	懇親会 有・無	宿泊 有・無
その他	研修資料等送付先 <input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅	名簿への「所属名」「所属の所在地」の掲載について <input type="checkbox"/> 掲載する ・ <input type="checkbox"/> 掲載しない	
<b>受講要件1</b>	本研修の受講動機 (200字程度)		
事前 課題	日常実践における課題 (200字程度)		

**※事務局記入欄 (以下は記入しないで下さい)**

受付確認	200 年 月 日	入金確認	200 年 月 日
受講の可否	可 ・ 否 / 受講決定通知の発送 月 日 発送 / 受講番号 第 番		
備考欄			受付印 完了印

※郵送にて協会事務局(〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-11-4 TSKビル 7F-B)までお送りください。