

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10回基礎コース研修」係
FAX. 03-5366-2993



200 年 月 日発信

フリガナ 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	参加証等送付先 <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。	
	記入必須 精神保健福祉士の資格取得年月 (年 月) ※2006年3月までの登録者が対象 2006年度会費: <input type="checkbox"/> 納入済 ・ <input type="checkbox"/> 納入予定 (月 日)	
オプション	昼食 (3/3) <input type="checkbox"/> 申込む ・ <input type="checkbox"/> 申込まない	
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"/> 掲載する ・ <input type="checkbox"/> 掲載しない	
	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		

<個人情報の取り扱い> 本協会の個人情報保護方針および関係規程に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。本研修申し込みにおいて得た個人情報は、本研修実施に伴う書類発送、研修評価に伴う調査に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。この範囲を超えて利用する場合は、本人の同意を得た上で行います。

※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 / 2006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	200 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