

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9回基礎コース研修」係
FAX. 03-5366-2993



2006年 月 日発信

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)		
	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 (11/24) <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> 本協会の個人情報方針および規程に基づき、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、本人の同意を得たうえで行います。

※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