

受講申込書



社) 日本精神保健福祉士協会「第5回研鑽コース研修」

FAX. 03-5366-2993

2006年 月 日 発信

氏名		男・女	生年月日 西暦 年 月 日 (才)
勤務先機関名			
勤務先所在地 (〒 —)			
TEL		FAX	
自宅現住所 (〒 —)			
TEL		参加証送付先 <input type="checkbox"/> 所属先 ・ <input type="checkbox"/> 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：精神保健福祉士国家資格登録年月 (年 月) ※2001年9月末までの登録者が対象 <input type="checkbox"/> 準会員		
	<small>対象は、全ての要件を満たす方となります。</small> <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)		
2006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 (1日分)> <input type="checkbox"/> 申し込みます ・ <input type="checkbox"/> 申し込みません		<懇親会> <input type="checkbox"/> 参加します ・ <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 ・ <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			

<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	2006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 発信
入金確認	2006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