

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7回実習指導者養成研修」係
FAX. 03-5366-2993

2008年 月 日発信

フリガナ 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 (〒 —) ※ご自宅を参加証等の送付先とされない方は記入不要					
TEL			参加証送付先 <input type="checkbox"/> 所属先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅		
参加要件	精神保健福祉士国家資格登録年月 (西暦 年 月) ※2004年5月末までの登録者が対象				
	精神保健福祉分野におけるソーシャルワーク実務経験年数 (年) ※3年以上の方が対象				
区分	<input type="checkbox"/> 構成員 (会員番号 —) ・ <input type="checkbox"/> 非構成員 ※構成員の方は昨年度分(2007)までの会費を納入していること				
オプション	<昼食 (研修2日目: 5月17日分)> <input type="checkbox"/> 申込みます ・ <input type="checkbox"/> 申込みません		<昼食 (研修3日目: 5月18日分)> <input type="checkbox"/> 申込みます ・ <input type="checkbox"/> 申込みません		
	<懇親会 (5月16日開催)> <input type="checkbox"/> 参加します ・ <input type="checkbox"/> 参加しません		<シンポジウム (5月18日開催)> <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)				

<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	2008年 月 日 / 2007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	2008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