

# 受講申込書

## (社)日本精神保健福祉士協会「第4回認定スーパーバイザー養成研修」

2008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  全ての要件を満たす方	構成員 (会員番号 - )		
	精神保健福祉分野における相談援助実務 ( 年)		
	<input type="checkbox"/> 研鑽コース研修 (第 回/開催地 )	<input type="checkbox"/> 中堅者研修 (第 回/開催地 )	
	<input type="checkbox"/> 指導者研修 (第 回/開催地 )		
2008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 <input type="checkbox"/> 参加する ・ <input type="checkbox"/> 参加しない
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	
事前 課題  受講要件1	本研修の受講動機 (200字程度)		
	日常実践における課題 (200字程度)		

**<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	入金確認	2008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(〒160-0015 東京都新宿区大京町 23-3 四谷オーキッドビル7F)までお送りください。