

ファックス送信票

受講申込書

独立行政法人福祉医療機構「高齢者・障害者福祉基金」助成事業

社) 日本精神保健福祉士協会「課題別研修／生活保護と精神障害者支援(第1回)」

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 ※参加者名簿掲載などに使うため正式名称を記入ください。		
勤務先所在地 (〒 —) ※郵便番号は必ずご記入ください。 都道 府県		
TEL	FAX	
自宅現住所 (〒 —) ※ご自宅を参加証等の送付先としない方は記入不要。 都道 府県		
TEL	参加証送付先 <input type="checkbox"/> 所属先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅	
参加 要件 ※1つ以上 該当する 方が対象	<input type="checkbox"/> 構成員	会員番号 (— 00) 2008年度会費: <input type="checkbox"/> 納入済 or <input type="checkbox"/> 納入予定 (月 日) ※当年度までの会費納入は受講要件です。申込締切日までにご納入ください。
	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉分野のソーシャルワーカー	
	<input type="checkbox"/> 精神障害者退院促進推進員	
	<input type="checkbox"/> 行政機関職員 (生活保護ワーカー)	
その他	講義5「法制度」希望講義について (精神保健福祉業務に携わる方は①、生活保護行政に携わる方は②がお薦め) <input type="checkbox"/> ①「生活保護法」 <input type="checkbox"/> ②「精神保健福祉法及び障害者自立支援法」	
	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	
	懇親会への参加について <input type="checkbox"/> 参加します ・ <input type="checkbox"/> 参加しません	
グループワークの班分けの参考として伺います。 1. PSWとしての経験年数 (年) / 生活保護行政に携わった年数 (年) 2. 次の国家資格のうち、登録しているものすべてを教えてください。 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士		
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個人情報の保護に関する規程に基づき、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 / 2008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
備考欄		受付印 完了印