

※再送の場合はいずれかに○をつけて送信してください（追加・変更・取消）

社団法人日本精神保健福祉士協会「第4回認定成年後見人養成研修」係
FAX. 03-5366-2993

2011年 月 日発行

→ 必ず記入

氏名		ふりがな		性別	男・女	年齢	歳	必須 連絡のつきやすい電話番号	- -
必須 会員番号 (-)								次の要件に該当する方は <input checked="" type="checkbox"/> して「い」へお進みください。該当しない方は「あ」にお進みください。	
2011年度会費： <input type="checkbox"/> 口座振替 or <input type="checkbox"/> 口座振替以外で納入完了 or <input type="checkbox"/> 納入予定 (月 日) ※未納の方は至急ご納入ください。 <input type="checkbox"/> 東日本大震災被災により年会費免除申請予定									
研修認定精神保健福祉士								必須 認定番号 (-)	
必須 認定番号 (-)									

→ 該当する方は記入

あ	参加証送付先 (ご希望に <input checked="" type="checkbox"/> してください) <input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 自宅								
	所属先機関名 ※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。								
	所属先所在地 (〒 -) ※郵便番号は必ずご記入ください。 都道府県								
	TEL		FAX		携帯番号				
	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								

→ 全員記入

い	オプション	●12月1日開催の懇親会 (5,000円) に「参加を希望される方」は、 <input checked="" type="checkbox"/> してください	<input type="checkbox"/> 参加します
		●12月2日～4日の昼食 (1050円×3日) に「申し込む方」は、 <input checked="" type="checkbox"/> してください	<input type="checkbox"/> 申込みます
	その他	●参加者名簿へのご所属名、ご所属の所在地の掲載を「希望しない方」は <input checked="" type="checkbox"/> してください ●グループワークの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 (年)	<input type="checkbox"/> 掲載しません

事務局への連絡事項 (手話通訳等、情報保障をご希望の方は本欄にご記入ください。手配の関係からお早目にお申込みいただければ幸いです。)

ご記入にモレがないかご確認のうえ、FAXください (特に、オプション・その他)。

<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 2011年 月 日 / 2011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 2011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

<WEB掲載>