

[送信票不要]

※再送の場合は、変更点を明記のうえ、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「基幹研修受講申込書」

FAX. 03-5366-2993

年 月 日 発信

【必須】 申込み研修に☑し、必要事項を記入してください（複数選択不可）

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 基幹研修Ⅱ | <input type="checkbox"/> 基幹研修Ⅲ | <input type="checkbox"/> 更新研修 |
| <input type="checkbox"/> 大阪会場 7/27 (締切6/17) | <input type="checkbox"/> 大阪会場 7/27, 28 (締切6/17) | <input type="checkbox"/> 大阪会場 7/27, 28 (締切6/17) |
| <input type="checkbox"/> 福島会場 9/21 (締切8/8) | <input type="checkbox"/> 福島会場 9/21, 22 (締切8/8) | <input type="checkbox"/> 福島会場 9/21, 22 (締切8/8) |
| <input type="checkbox"/> 沖縄会場 11/16 (締切10/7) | <input type="checkbox"/> 沖縄会場 11/16, 17 (締切10/7) | <input type="checkbox"/> 沖縄会場 11/16, 17 (締切10/7) |
| <input type="checkbox"/> 東京会場 3/15 (締切2/3) | <input type="checkbox"/> 東京会場 3/15, 16 (締切2/3) | <input type="checkbox"/> 東京会場 3/15, 16 (締切2/3) |
| <input checked="" type="checkbox"/> 基幹研修Ⅰ修了方法を選択 <input type="checkbox"/> 修了証書番号 (I -) <input type="checkbox"/> 読み替え認定 <small>※会員番号010811までが対象</small> | <input checked="" type="checkbox"/> 基幹研修Ⅱ修了方法を選択 <input type="checkbox"/> 修了証書番号 (II -) <input type="checkbox"/> 読み替え認定 <input type="checkbox"/> 研修認定精神保健福祉士 | <input type="checkbox"/> 2009～2010年度認定の「研修認定精神保健福祉士」 認定番号 (-) <small>※認定番号001974までが対象</small> <input type="checkbox"/> <u>受講期間延長が承認された*</u> 2008年度認定の「研修認定精神保健福祉士」 認定番号 (08 -) <small>※認定番号001717までが対象</small> <small>★2012年度中に受講期間延長申請をされ、理事会で承認された方</small> |

| | | | | | | |
|---|--|---|-----|----|---|----------------|
| 氏名 | ふりがな | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 日昼必ず連絡のとれる電話番号 |
| 会員番号 (-) ※基幹Ⅱは会員番号010811までが対象 2013年度会費： <input type="checkbox"/> 口座振替予定 or <input type="checkbox"/> 納入済 or <input type="checkbox"/> 納入予定 (月 日) <input type="checkbox"/> 被災免除 | | | | | | |
| 受講証等の送付先 | 「PSW 通信」等、本協会からの送付先に指定された先にお送りします。 <small>※本紙P3に記載されている「データ抽出日」の時点におけるデータにて送付します。変更がある方は、必ず「データ抽出日」の前日までに変更届をご提出ください。</small> | | | | | |
| オプション | <input checked="" type="checkbox"/> 懇親会「参加希望の方」は☑してください <input type="checkbox"/> 参加する <input checked="" type="checkbox"/> お弁当を「注文する方」は☑してください <input type="checkbox"/> 注文する | | | | | |
| その他 | <input checked="" type="checkbox"/> 参加者名簿へのご所属名、ご所属の所在地等の掲載を「希望しない方」は☑してください <input type="checkbox"/> 掲載しない | 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) | | | | |
| 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。) | | | | | | |

<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、研修運営や研修評価に伴う調査および本協会会員データの確認に用い、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 | 年 月 日 / 2013年度までの会費納入状況 | 納入済 ・ 未納 () |
| 受講の可否 | 可 ・ 不可 | / 受講証の発送 月 日 発送 |
| 入金確認 | 年 月 日 / 受講番号 | 第 番 |
| 備考欄 | | <input type="checkbox"/> 受付印 <input type="checkbox"/> 完了印 |