

※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）



公益社団法人日本精神保健福祉士協会

課題別研修／「精神保健福祉士業務指針」講師養成研修

FAX. 03-5366-2993

年 月 日発信

【必須】 申込み研修に☑してください（複数選択不可）

京都府 12/17（締切 11/15）

東京都 2/5（締切 12/11）

氏名	ふりがな	性別	男・女	年齢	歳	必須 日中必ず連絡がとれる電話番号 - -
対象	1. 必須 構成員番号（ ） 2. 2016年度会費 <input type="checkbox"/> 納入済 ※研修の受講には当年度会費の納入が必要です 3. ソーシャルワーカーとしての経験年数：（ ）年 ※5年以上の方対象					
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。 ※研修センターだより「Start Line No. 48」P5に記載している「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。					
その他	ご所属種別に☑を入れてください <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス事業所等 <input type="checkbox"/> 高齢者対象施設等 <input type="checkbox"/> 行政機関 <input type="checkbox"/> 福祉関係施設等 <input type="checkbox"/> 教育機関 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	演習班分けの参考として伺います 所属での立場 <input type="checkbox"/> 管理職（職位： ）・ <input type="checkbox"/> 一般職					
	本研修への受講動機（ご記入ください）					
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☑してください <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。）						

<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	20 年 月 日 / 2016年度までの会費納入状況 納入済 ・ 未納（ ） / 受講の可否 可 ・ 不可		
備考欄	<table border="1"> <tr> <td>受付印</td> <td>完了印</td> </tr> </table>	受付印	完了印
受付印	完了印		