

※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）

「第12回認定成年後見人養成研修」係

FAX. 03-5366-2993

2017年 月 日発信

【必須】 参加ご希望の研修に☑し、必要事項を記入してください

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 全日程受講 (11/30-12/3) 参加費：20,000円 | → | ●研修認定又は認定精神保健福祉士認定番号を記入ください。 認定番号（ - ）※必須 |
| <input type="checkbox"/> 2016年度課題別修了者 (12/2-3) (第11回・第12回成年後見に関する研修) 参加費：10,000円 | → | ●研修認定又は認定精神保健福祉士認定番号を記入ください。 認定番号（ - ）※必須 ●2日間申込の方は課題別研修の受講番号を記入ください。 2016年度 受講番号（ ）※必須 対象研修 第11回(2016年12月9日修了)・第12回(2017年3月5日修了) |

| | | | | | | |
|----|------|----|-----|----|---|------------------|
| 氏名 | ふりがな | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 必須 日中必ず連絡のつく電話番号 |
| | | | | | | - - |

必須 構成員番号（ ） 2017年度会費 納入済 ※研修の受講には当年度会費の納入が必要です

「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。

※データ抽出日 10月17日(火)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。

| | | | |
|--|--------|---|---------------------------------|
| 全員記入欄 | 指定テキスト | 養成研修指定テキストをお持ちの方は☑してください。☑のない方はご購入となります。 課題別研修の方は、 <u>チェックしないでください</u> 。ご希望により当日購入いただけます。 ＜精神障害者の成年後見テキストブック 中央法規出版 本協会編＞ | <input type="checkbox"/> 持っています |
| | オプション | ●懇親会 (11/30：4,000円程度) に「参加される方」は、☑してください | <input type="checkbox"/> 参加します |
| | | ●「お弁当を注文される方」は☑してください (養成12/1-3：3,000円程度・12/2-3：2,000円程度) | <input type="checkbox"/> 注文します |
| | 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☑してください | <input type="checkbox"/> 掲載しません |
| ●グループワークの班分けの参考として伺います …………… 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保護規程に基づき、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 | 2017年 月 日 / 2017年度までの会費： 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 | 2017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 |