

※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）



公社) 日本精神保健福祉士協会「ソーシャルワーク研修 2017」冬



FAX. 03-5366-2993

2017年 月 日発信

【必須】 参加希望のテーマに☑し、その他必要項目をお書きください（複数選択不可）

2017年12月10日(日)

<input type="checkbox"/> テーマ1 実践を見える化する方法を学ぼう！	<input type="checkbox"/> テーマ3 精神保健福祉士による災害支援活動
<input type="checkbox"/> テーマ2 ソーシャルワークの視点から日常業務を再構築しよう ・本協会主催を問わず、これまで「精神保健福祉士業務指針」研修を受講されたことがありますか → <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> テーマ4 退院後生活環境相談員の業務と視点を見直そう ・次に該当する方はチェックしてください。 → <input type="checkbox"/> 都道府県精神保健福祉士協会としての参加申込み

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
<input type="checkbox"/> 構成員 ※研修当日構成員であること	5,000円	必須 構成員番号 () 2017年度会費 <input type="checkbox"/> 納入済(会費免除含む) ※研修受講は当年度会費納入必須		本協会からの送付先に指定された先にお送りします。 ('Start Line No.54')P2に記載の「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。 「A」をご記入ください。		
<input type="checkbox"/> 非構成員	7,500円	「構成員以外の方の記入欄」 「A」をご記入ください。				
<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士をめざす学生 (社会人・精神保健福祉士登録者除く)	3,000円					
<input type="checkbox"/> 学生会員	1,000円	学生会員番号 (S)		「構成員以外の方の記入欄」 「A」をご記入ください。		

構成員以外の方の記入欄	参加証送付先 (ご希望に☑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						
A	オプション	12月10日開催の懇親会 (4,000円) に「参加を希望される方」は、☑してください			<input type="checkbox"/> 参加します	
	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			演習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状況 納入済 ・ 未納 () / 受講の可否 可 ・ 不可		
備考欄	受付印	完了印