

※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13回認定成年後見人養成研修」係

FAX. 03-5366-2993

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：1/31-2/3	<input type="checkbox"/> 研修認定又は認定精神保健福祉士の方は、認定番号を記入ください（必須） 認定番号（      -      ）
<input type="checkbox"/> 課題別修了者：2/2-3	<input type="checkbox"/> 研修認定又は認定精神保健福祉士の方は、認定番号を記入ください（必須） 認定番号（      -      ） <input type="checkbox"/> 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（必須） 受講番号（      ） 対象研修 <input type="checkbox"/> 第13回：2017/12/1 修了 <input type="checkbox"/> 第14回：2018/10/21 修了見込

氏名		ふりがな		性別		年齢		必須 日中必ず連絡のつく電話番号 -      -
必須 構成員番号（      ） <input type="checkbox"/> 会費納入済（会費免除含む）※必要な会費を納めていること								
「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12月18日（火）時点の情報で送付します。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提出のこと。								
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。 <b>&lt;よくわかる成年後見制度活用ブック 中央法規出版 本協会編&gt;</b>							<input type="checkbox"/> 持っています
オプション	●懇親会（1/31：4,000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2/1-3：3,000円程度・2/2-3：2,000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
	●班分の参考として伺います ①成年後見活動経験の有無（有・無） ②PSW 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：2018年 月 日 / 会費納入状況：納入済・未納（      ） / 受講の可否 可・不可		
決定通知発送 月 日 発送 / 入金確認 2018年 月 日 / 受講番号 第      番 / 修了証書番号 第      号		
備考欄	<input type="checkbox"/> 受付印	<input type="checkbox"/> 完了印