

※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 2018」**

FAX. 03-5366-2993

<申込締切：2019年1月20日>

年 月 日発信

**【必須】** 参加希望のテーマに☑をしてください（複数選択不可）

2019年3月3日（日）

- テーマ1 真の「連携」「協働」体制を生み出すために
- テーマ2 ソーシャルワークアセスメントスキルを学ぶ
- テーマ3 精神保健福祉士の思考過程を可視化する

氏名	ふりがな	性別	年齢	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 ( ) <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		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.61」P3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 ( S18- )	「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	3月3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	20 年 月 日 / 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