

[送信票不要]

※再送の場合は、変更点を明記のうえ、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 基幹研修Ⅱ 受講申込書 FAX. 03-5366-2993 (会場：大阪府社会福祉会館・申込締切：8月4日)
--

2019年 月 日発行

【必須】 基幹研修Ⅰの修了方法を記入してください
基幹研修Ⅰ修了方法を選択 <input type="checkbox"/> 修了証書番号 (Ⅰ _____) <input type="checkbox"/> 読み替え認定 (2008年度実施)

氏名	ふりがな	日中必ず連絡のとれる電話番号
構成員番号 () ※基幹研修Ⅱは2016年度までの入会者 (構成員番号016175まで)が対象	会費	<input type="checkbox"/> 納入済 (会費免除含む) ※必要な会費を納めていること
受講証等の送付先	「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。 ※研修センター日より「Start Line No.63」P7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。	
共通テキスト	テキスト第2版の所持状況に☑してください	<input type="checkbox"/> 購入している ⇒ 購入不要 (0円) ※当日第2版をご持参ください <input type="checkbox"/> 購入していない ⇒ <input type="checkbox"/> 第1版 (3冊セット・A4) 購入済 ⇒1,500円 <input type="checkbox"/> 共通テキスト初購入 ⇒2,500円
オプション	●お弁当を「注文する方」は☑してください	<input type="checkbox"/> 注文する
その他	●参加者名簿へのご所属名、ご所属の所在地等の掲載を「希望しない方」は☑してください <input type="checkbox"/> 掲載しない	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 (受講時に配慮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	2019年 月 日 / 会費納入状況	納入済 ・ 未納 ()
受講の可否	可 ・ 不可	/ 受講証の発送 月 日発送
入金確認	年 月 日 / 受講番号	第 番
備考欄		受付印 完了印