

※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）

基幹研修Ⅲ 受講申込書

＜送付先（申込方法は郵送のみ）レポートと共にお願いします＞

日本精神保健福祉士協会「基幹研修Ⅲ」係 〒160-0015 東京都新宿区大京町 23-3 四谷オーキッドビル 7F

2024年 月 日

【必須】 該当要件に☑し、必要事項を記入してください（複数選択不可）

<input checked="" type="checkbox"/> 基幹研修Ⅱ修了方法を選択 <input type="checkbox"/> 修了証書番号（Ⅱ _____） ※基幹研修Ⅱ修了前のお申込みはお受けできません <input type="checkbox"/> 読み替え認定（2008年度実施）	<input type="checkbox"/> 認定または研修認定精神保健福祉士を失効後、 研修認定精神保健福祉士を再取得していない方 <input type="checkbox"/> （研修）認定精神保健福祉士 ※再受講の方
--	--

【必須】希望日程を「1カ所のみ」チェックを入れてください。（複数選択「不可」／締切厳守）

<input type="checkbox"/> 第57回 7月7日（日） 対面研修 in 福岡県	4/22 締切必着	<input type="checkbox"/> 第58回 9月1日（日） オンライン研修（Zoom）	6/10 締切必着
--	-----------	--	-----------

氏名	ふりがな	日中必ず連絡のとれる電話番号
----	------	----------------

E-mail アドレス（受講にはメールアドレスが必要です。ここには受講時に使用するPCやタブレット等のアドレスを記入してください／記入必須）

@

構成員番号（ _____ ）	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	構成員誌等、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（第57回：4/25（木）、第58回：6/13（木）」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。
----------	---

レポート 郵送前に ご確認ください	「ピア・スーパービジョンのためのレポート」を作成した <input type="checkbox"/> はい →本申込書と共にレポートを同封して郵送でお申込みください。 <input type="checkbox"/> いいえ →レポート提出がないと申込受付完了となりません。
-------------------------	--

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 （第2版または改訂第2版）

その他	<input checked="" type="checkbox"/> 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	グループワークの班分けの参考として伺います ソーシャルワーカーとしての経験年数（ _____ 年）
	<input type="checkbox"/> 掲載しない	

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 2024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