

※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 ）

受講申込書<申込締切2017年10月31日>
公益社団法人日本精神保健福祉士協会委託事業
長野県精神保健福祉士協会主催「基幹研修Ⅰ」
FAX. 026-248-7080

年 月 日 発信

氏名	<small>修了証書に使うため楷書でご記入ください。</small>	ふりがな	性別	男・女	年齢	歳
勤務先機関名 <small>※受講決定通知などに使うため正式名称を記入ください。</small>						
勤務先所在地（〒 — ） <small>※郵便番号は必ずご記入ください。</small> 都道 府県						
TEL			FAX			
自宅現住所（〒 — ） <small>※ご自宅を参加証等の送付先としない方は記入不要。</small> 都道 府県						
TEL			参加証送付先		<input type="checkbox"/> 所属先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅	
参加要件 <small>該当する項目全てをチェックしてください</small>	<input type="checkbox"/> 日本精神保健福祉士協会構成員 会員番号（ — ） 2017年度会費 <input type="checkbox"/> 納入済 <small>※当年度までの会費納入は受講要件です。</small>					
	<input type="checkbox"/> 長野県精神保健福祉士協会会員 2017年度会費 <input type="checkbox"/> 納入済 or <input type="checkbox"/> 納入予定（ 月 日） <small>※当年度までの会費納入は受講要件です。研修当日の納入も可能です。</small>					
生涯研修 共通 テキスト	<input type="checkbox"/> 持っていない、又は日本協会非構成員 <small>※当日にお渡しするので、2,500円をご用意ください。</small>		<input type="checkbox"/> 第1版を所持しています（日本協会構成員）。 <small>※当日にお渡しするので、1,500円をご用意ください。</small>		<input type="checkbox"/> 日本精神保健福祉士協会から第2版購入済みです。	
その他	グループワークの班分けの参考として伺います 1. PSW としての経験年数（ 年） / PSW 以外の経験年数（ 年）					
事務局への連絡事項						
ご記入にモレがないかご確認のうえ、FAXください（特に参加証送付先、オプション・その他）。						

<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の保護に関する規程に基づき、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	20 年 月 日	/ 20 年度までの会費納入状況	納入済 ・ 未納（ ）		
受講の可否	可 ・ 不可	/ 受講決定通知の発送	月 日	発送	
入金確認	20 年 月 日	/ 受講番号	第 番		
備考欄				受付印	完了印