

※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）

受講申込書 <申込締切2023年10月18日>
(公社)日本精神保健福祉士協会「基幹研修Ⅰ」(長野県精神保健福祉士協会) E-mail (メールアドレス): psw-shinta@kamisuwa-hp.or.jp FAX. 0266-52-6590

年 月 日

氏名	修了証書に使うため楷書でご記入ください。	ふりがな	性別	年齢	歳
勤務先機関名 ※受講決定通知などに使うため正式名称を記入ください。					
勤務先所在地 (〒 —) ※郵便番号は必ずご記入ください。 都道 府県					
TEL	E-mail				
自宅現住所 (〒 —) ※ご自宅を受講決定通知書等の送付先としない方は記入不要。 都道 府県					
TEL	受講決定通知書送付先		<input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅		
参加要件 該当する項目全てを☑してください	<input type="checkbox"/> 日本精神保健福祉士協会構成員 構成員番号 (0) ★構成員番号は封筒の宛名ラベルに記載されています				
	<input type="checkbox"/> 長野県精神保健福祉士協会会員 ※2022年度までの会費納入が条件となります。				
	会費納入済 <input type="checkbox"/> or 納入予定日 (月 日 又は 当日) ※当日も会費納入受付します。				
	<input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/>				
共通テキスト (第1版・第2版) の所持の有無 (該当に☑してください)		<input type="checkbox"/> 第2版 (全1巻・B5版) を購入済 ⇒再購入不要です。当日お持ちください			
		<input type="checkbox"/> 第1版 (全3巻・A4版) を購入済 ⇒1,500円での販売です ※日本協会構成員のみ			
		<input type="checkbox"/> 持っていない、または (公社)日本精神保健福祉士協会非構成員 ⇒2,500円での販売です			
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					
ご記入にもれがないかご確認のうえ、お申込みください。					

<個人情報の取り扱い> 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、研修の運営、研修評価に伴う調査の確認に用い、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	年 月 日		
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	年 月 日	/ 受講番号 第	番
備考欄		受付印	完了印