

FAX送信先：03-5366-2993 Eメール：office@japsw.or.jp

第52回全国大会・第15回学術集会
「早割価格」対応申請書

公益社団法人日本精神保健福祉士協会 会長 柏木 一恵 様

熊本県熊本地方を震源とする地震の影響により、第52回公益社団法人日本精神保健福祉士協会全国大会・第15回日本精神保健福祉士学会学術集会に係る参加費について、「早割価格」での参加を申請します。

申請日	年 月 日		
氏名			構成員番号
申請理由	<input type="checkbox"/> 自宅または職場の所在地が、熊本県または大分県にある <input type="checkbox"/> 熊本県・大分県以外の九州各県に自宅または職場があり、当該地震の影響により、本全国大会・学術集会への参加決定に時間を要した <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">→お知らせいただける範囲で詳細をご記入ください</div>		
住所・所在地 ※ご自宅またはご職場が九州各県内にあること	(〒 —) ご職場の場合、機関名		
連絡先	※事務局より問合せ事項がある場合、ご連絡を差しあげて良い電話番号及びメールアドレスをお書きください。		
	電話番号	— —	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 携帯
	メールアドレス		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 携帯
お申込み内容	※参加申込内容すべてにチェックをお付けください。 <input type="checkbox"/> プレ企画 (6/16) <input type="checkbox"/> 全国大会・学術集会 (6/17・6/18)		
ご返金先 金融機関口座	<input type="checkbox"/> 本協会の会費振替登録口座と同じ口座へ返金 <input type="checkbox"/> その他の口座を指定する (以下にご記入ください)		
	金融機関名		支店名
	預金種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義		

【事務処理欄】 ※以下は事務処理欄のため記入は不要です。

受付日	処理日1	処理日2		