

ファックス送信票

受講申込書



日本精神保健福祉士協会「第5回基礎コース研修」係
FAX. 03-5366-2993

2004年 月 日発信

フリガナ 氏名		男・女	生年月日 西暦	年	月	日(才)
ご所属名							
ご所属先の所在地(〒 —)							
TEL		FAX					
ご自宅住所(〒 —) ※ご自宅を参加証等の送付先としない方は記入不要。							
TEL		e-mail					
参加要件	1. 会 員 (会員番号 —) 2. 非会員 ※事務局からご入会についてご案内いたします。						
経験年数	1. PSWとしての経験年数 (年) 2. 保健・福祉・医療等での経験年数 (年)						
次の内容について、該当する内容に○をつけてください。							
1. 参加証発送先について ご所属先 ・ ご自宅							
2. 参加者名簿への「ご所属名」および「ご所属の所在地」の掲載について 掲載します ・ 掲載しません							
事務局への連絡事項							

※事務局記入欄 (以下は記入しないでください)

受付確認	2004年	月	日	/2004年度までの会費納入状況	納入済	・	未納()
受講の可否	可	・	不可	/ 参加証 (受講決定通知) の発送	月	日	発送
入金確認	2004年	月	日				
受講番号	第	番	/ 修了証書番号	第	号		
備考欄							