

ファックス送信票

受講申込書



社) 日本精神保健福祉士協会「第6回基礎コース研修」係
FAX. 03-5366-2993



200 年 月 日 発信

ふりがな 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		参加証等郵送先	所属先 ・ 自宅
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)		
「宿泊」 の申込み	申し込まれる方は <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 <input type="checkbox"/> 宿泊 (20,000円以内/2泊3日 (1/27~29) 朝2夕1食、昼1食付、税込) ※申し込まれない方には、2日目の昼食 (1,050円/税込) が必要です。		
前泊・後泊 の申込み	ご希望の内容に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 <input type="checkbox"/> 前泊 (7,900円以内/1泊2日 (1/26・27) 朝1食付、税込) <input type="checkbox"/> 後泊 (7,900円以内/1泊2日 (1/29・30) 朝1食付、税込)		
その他	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 (いずれかに○印をつけてください) 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	200 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	2005年 月 日	
受講番号	第 番 / 修了証書番号	第 号
備考欄		完了印