

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5回実習指導者養成研修」係
FAX. 03-5366-2993

2006年 月 日発信

フリガナ 氏名	男・女	生年月日 西暦 年 月 日 (才)
勤務先機関名		
勤務先所在地 (〒 —)		
TEL	FAX	
自宅現住所 (〒 —) ※ご自宅を研修資料等の送付先としない方は記入不要。		
TEL	参加証送付先 <input type="checkbox"/> 所属先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅	
参加要件	精神保健福祉士国家資格登録年月 (年 月) ※2002年5月末までの登録者が対象	
	精神保健福祉分野におけるソーシャルワーク実務経験年数 (年) ※3年以上の者が対象	
区分	<input type="checkbox"/> 会員 (会員番号 —) ・ <input type="checkbox"/> 非会員 ※会員の方は昨年度 (2005) までの会費を納入していること。	
オプション	<昼食 (2食分)> <input type="checkbox"/> 参加します ・ <input type="checkbox"/> 参加しません	<懇親会 (5月19日開催)> <input type="checkbox"/> 参加します ・ <input type="checkbox"/> 参加しません
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 <input type="checkbox"/> 掲載します ・ <input type="checkbox"/> 掲載しません	
	演習班分けの参考として伺います。 PSWとしての経験年数 (年) / PSW以外の経験年数 (福祉業界外の経験含む) (年)	
事務局への連絡事項		

<個人情報の取り扱い> 本協会の個人情報方針および規程に基づき、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送付、研修評価に伴う調査に用い、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	2006年 月 日 / 2005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	2006年 月 日	
受講番号	第 番 / 修了証書番号	第 号
備考欄	受付印	完了印