

# ファックス送信票

## 受講申込書

平成 20 年度障害者保健福祉推進事業補助金事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）

（社）日本精神保健福祉士協会 課題別研修

**地域体制整備コーディネーター養成研修（第 1 回）**

FAX. 03-5366-2993

2009年 月 日発信

ふりがな 氏名		男・女	生年月日 西暦 年 月 日 ( 才)
勤務先機関名 ※参加者名簿掲載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		FAX	
自宅現住所 (〒 — ) ※ご自宅を参加証等の送付先としない方は記入不要。 都道 府県			
TEL		参加証送付先 <input type="checkbox"/> 所属先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅	
参加要件 ※3つのいずれかに該当する方が対象	<input type="checkbox"/> 地域体制整備コーディネーターの方 <input type="checkbox"/> 地域体制整備コーディネーターの業務を担う予定の方 <input type="checkbox"/> 都道府県事業担当者で今後研修実施予定の方		
オプション	<b>懇親会</b> <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		
	<b>グループワークの班分けの参考として伺います</b> 1. 次の国家資格のうち、登録しているものすべてを教えてください。 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 2. 退院促進に関する事業に携わった年数を教えてください。( 年) 3. 過去に、本研修と同様のテーマによる研修を受講したことがあるかどうか教えてください。 <input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない		
事務局への連絡事項			
<b>ご記入にモレがないかご確認のうえ、FAXください（とくに参加証送付先、オプション・その他）。</b>			

<個人情報の取り扱い> 本協会の個人情報保護方針および個人情報の保護に関する規程に基づき、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発送、研修評価に伴う調査および本協会会員データの確認に用い、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	2009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	200 年 月 日	受講番号	第 番			
備考欄				受付印	完了印	