

受講申込書



社) 日本精神保健福祉士協会「第1回認定成年後見人養成研修」

FAX. 03-5366-2993

2008年 月 日 発信

氏名 <small>なりがな</small>		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法人名など含め、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	<input type="checkbox"/> 構成員 (会員番号 — 00) 2008年度会費: <input type="checkbox"/> 納入済 or <input type="checkbox"/> 納入予定 (月 日) <small>※当年度までの会費納入は受講要件です。申込締切日までにご納入ください。</small>		
	<input type="checkbox"/> 非構成員 ※こちらのチェックの方には入会申込書を送付します。至急お手続きください。		
	参加希望研修	<input type="checkbox"/> 養成研修 (12月4～7日/4日間)	入会年度: 西暦 _____ 年度 <small>※2003年度までに入会の方 (会員番号 004642 まで) が対象</small>
		<input type="checkbox"/> 課題別研修 (12月4・5日/2日間)	記入項目なし
	<input type="checkbox"/> 追加研修 (12月7日/1日)	成年後見人養成モデル研修 (2007年12月7日～9日) 修了証書番号: 第 _____ 号	
オプション	懇親会 <input type="checkbox"/> 参加します ・ <input type="checkbox"/> 参加しません	昼食 (1,050円/1日) ※注文希望日に☑のこと。 <input type="checkbox"/> 12/5 <input type="checkbox"/> 12/6 <input type="checkbox"/> 12/7	
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	2008年 月 日 / 2008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	2008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