受講申込書

社）日本精神保健福祉士協会 2009 年度課題別研修／独立行政法人福祉医療機構
「長寿・子育て・障害者基金」助成事業

触法精神障害者支援に関する者研修会

FAX．03－5342－4326
（へるす出版事業部 研修センター）

●参加希望会場　□ 京都会場　□ 横浜会場　*希望会場にチェックを入れてください.

*太枠の中は必ずご記入ください.　　２００９年　　月　　日発信

ふりがな 氏名		男・女	年齢 （　　歳）	生年月日 西暦　　年　　月　　日
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も含め、正式名称をご記入ください.				
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（〒　　－　　）※ご自宅を受講決定通知書(参加証)等の送付先としない方は記入不要です. 都道 府県				
TEL		参加証送付先　□ 所属先　・　□ 自宅		
職種区分等	□ 構成員（会員番号　　－　００　　） □ 非構成員　*職種をチェックしてください. □精神保健福祉士　□社会福祉士　□保健師・看護師　□作業療法士　□医師　□臨床心理士・臨床心理技術者　□指定入院医療機関職員　□指定通院医療機関職員　□精神保健参与員　□自治体職員　□裁判官・検察官　□社会復帰調整官・保護観察所職員　□弁護士　□その他			
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 □ 掲載可　　□ 掲載不可			
	医療観察制度に関連して、以下につきお聞かせください. 1)精神保健参与員のご経験はおありですか　□ ある　□ ない 2)医療観察制度関連の研修を受講されたことはおありですか　□ ある　□ ない 研修名も併せてお聞かせください.　研修名（　　） 3)医療観察制度における対象者支援のご経験はおありですか　□ ある　□ ない 支援期間も併せてお聞かせください.　（　　年　　か月）			
〈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、本人の同意を得たうえで行います。

□備考欄（以下は記入しないでください）