

受講申込書

社団法人日本精神保健福祉士協会「第5回認定スーパーバイザー養成研修」

2009年 月 日発行

氏名	ふりがな	男・女	年齢	歳
勤務先機関名				
勤務先所在地 (〒 -)		TEL	-	-
		FAX	-	-
		E-mail	@	
自宅現住所 (〒 -) ※ご自宅を送付先としない方は記入不要。		TEL	-	-

受講要件 全ての要件を満たす方	1. 研修認定精神保健福祉士の認定番号 (-) / 会員番号 (- 0 0)	
	2. 精神保健福祉分野における相談援助実務 (年)	
	3. 修了し研修に☑し、「回数」と「修了証書番号」を記入すること。ただし、読み替えではなく、基幹研修Ⅲの修了により研修認定精神保健福祉士となった方は、「修了証書番号」の記載は不要。	
	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> 修了証書番号 () </td> <td style="width: 70%;"> <input type="checkbox"/> 基幹研修Ⅲ (第 回) 第1回/2009.2 (東京、兵庫) 第2回/2009.4 (東京) 第3回/2009年6月 (福岡) <input type="checkbox"/> 研鑽コース研修 (第 回) 第1回/2002 (東京) 第2回/2003 (東京) 第3回/2004年度 (東京) 第4回/2005 (大阪) 第5回/2006 (東京) 第6回/2007 (岩手) <input type="checkbox"/> 中堅者研修 (第 回) 第1回/1993.3、第2回/1993.11、第3回/1994.11、第4回/1995.11、第5回/1997.2 <input type="checkbox"/> 指導者研修 (第 回) ※実習指導者養成研修は非該当 第1回/2000.9 (広島県、東京都) 2000.10 (北海道) 第2回/2001.9 (広島県、北海道、東京都) </td> </tr> </table>	修了証書番号 ()
修了証書番号 ()	<input type="checkbox"/> 基幹研修Ⅲ (第 回) 第1回/2009.2 (東京、兵庫) 第2回/2009.4 (東京) 第3回/2009年6月 (福岡) <input type="checkbox"/> 研鑽コース研修 (第 回) 第1回/2002 (東京) 第2回/2003 (東京) 第3回/2004年度 (東京) 第4回/2005 (大阪) 第5回/2006 (東京) 第6回/2007 (岩手) <input type="checkbox"/> 中堅者研修 (第 回) 第1回/1993.3、第2回/1993.11、第3回/1994.11、第4回/1995.11、第5回/1997.2 <input type="checkbox"/> 指導者研修 (第 回) ※実習指導者養成研修は非該当 第1回/2000.9 (広島県、東京都) 2000.10 (北海道) 第2回/2001.9 (広島県、北海道、東京都)	
4. 2009年度会費: <input type="checkbox"/> 納入済 or <input type="checkbox"/> 納入予定 (月 日)		

選択申込 (基礎編)	昼食 <input type="checkbox"/> 申込む ・ <input type="checkbox"/> 申込まない	懇親会 <input type="checkbox"/> 参加する ・ <input type="checkbox"/> 参加しない
その他	研修資料等送付先 <input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅	名簿への「所属名」「所属の所在地」の掲載について <input type="checkbox"/> 掲載する ・ <input type="checkbox"/> 掲載しない

事前課題	本研修の受講動機 (200字程度)
	日常実践における課題 (200字程度)

<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: 2009年 月 日/受講の可否: 可・否/受講決定通知の発送: 月 日発送/受講番号: 第 番	受付印	完了印
備考欄		

※郵送にて協会事務局(〒160-0015 東京都新宿区大京町 23-3 四谷オーキッドビル7F)までお送りください。