

受講申込書 (申込締切 2009年10月16日(金))



社) 日本精神保健福祉士協会「ソーシャルワーク研修」係

FAX. 03-5366-2993

2009年 月 日発行

氏名	性別	男・女	年齢	歳	
所属先機関・学校名 ※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。					
所属先・学校所在地 (〒 —) ※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・学校 ・ <input type="checkbox"/> 自宅				
参加要件	<input type="checkbox"/> 構成員 (会員番号 — 00) 2009年度会費: <input type="checkbox"/> 納入済 or <input type="checkbox"/> 納入予定 (月 日) ※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。			1日	2日
	<input type="checkbox"/> 各テーマの支援にかかわるソーシャルワーカー (非構成員)			7,500円	15,000円
	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士をめざす学生			3,000円	6,000円
	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士をめざす学生 (精神保健福祉士全国統一模擬試験申込者)			2,000円	4,000円
	参加希望研修	<input type="checkbox"/> テーマ1 認知症問題にかかわる精神保健福祉士 (11/14 (土)、15 (日))			
		<input type="checkbox"/> テーマ2 アルコール関連問題にかかわる精神保健福祉士 (11/14 (土)、15 (日))			
<input type="checkbox"/> テーマ3 自殺予防対策における相談支援および連携のあり方に関する研修(11/14(土))					
<input type="checkbox"/> テーマ4 オムニバス研修 (11/15 (日))					
注意 テーマ間の移動はできません。同時に選択できるのはテーマ3と4のみです。					
オプション	懇親会 (11/14/5,000円)	昼食 (1,050円/1日) ※注文希望日に☑のこと。	4研修すべての資料 (1,000円) ※希望テーマの資料は参加費に含まれます		
	<input type="checkbox"/> 参加 ・ <input type="checkbox"/> 不参加	<input type="checkbox"/> 11/14 <input type="checkbox"/> 11/15	<input type="checkbox"/> 希望 ・ <input type="checkbox"/> 不要		
その他	参加者名簿の「ご所属名」「ご所属の所在地」掲載 <input type="checkbox"/> 掲載する ・ <input type="checkbox"/> 掲載しない		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	2009年 月 日 / 2009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	2009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