［送信票不要］

※再送の場合は、変更点を明記のうえ、いずれかに〇をつけて送信してください （ 追加 ・ 変更 ・ 取消 ）

社団法人日本精神保健福祉士協会「更新研修・受講申込書」
ＦＡＸ．０３－５３６６－２９９３

２０１２年　　月　　日発信

【必須】 申込む研修に☑し、すべての項目にご記入ください		
＜複数選択不可＞ ☐ 東京会場 12/8、9 (締切 10/28) ☐ 兵庫会場 12/15、16 (締切 11/4)	研修認定精神保健福祉士 認定番号（　　－　　） **※認定番号００１７１７までが対象**	●生涯研修制度テキスト（全３巻）の有無 ☐ 持っている ☐ 持っていないため購入を申し込む

氏名		ふりがな		性別	男・女	年齢	歳	日昼必ず連絡のとれる電話番号 －　　－
☐ 構成員	会員番号（　　） 2012 年度会費：☐口座振替 or ☐口座振替以外で納入完了 or ☐納入予定（　月　日） ☐東日本大震災被災により年会費免除　　※未納の方は至急ご納入ください。							
受講証等の送付先	**「PSW 通信」等、本協会からの送付先に指定された先にお送りします。** ※本紙Ｐ５に記載されている「データ抽出日」の時点におけるデータにて送付します。 変更がある方は、必ず**「データ抽出日」の前日**までに**変更届**をご提出ください。							
オプション	●懇親会「参加希望の方」は☑してください					☐ 参加する		
	●お弁当を「注文する方」は☑してください					☐ 注文する		
その他	●参加者名簿へのご所属名、ご所属の所在地等の掲載を「希望しない方」は☑してください					☐ 掲載しない		
	グループワークの班分けの参考として伺います					PSW としての経験年数（　　年）		

事務局への連絡事項（手話通訳等、情報保障をご希望の方は本欄にご記入ください。手配の関係からお早目にお申込みいただければ幸いです。）

ご記入にモレがないか、よくご確認のうえ、ＦＡＸください（特に、オプション・その他）。

＜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、研修運営や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　2012 年　月　日 ／2012 年度までの会費納入状況　納入済 ・ 未納（　　）		
受講の可否　可 ・ 不可　　／ 受講証の発送　月　日発送		
入金確認　2012 年　月　日 ／ 受講番号　第　　番		
備考欄	受付印	完了印