

※再送の場合はいずれかに○をつけて送信してください（追加・変更・取消）

「第7回成年後見に関する研修」係

FAX. 03-5366-2993

2013年 月 日 発信

→ ます記入

【必須】 参加区分に☑をつけてください	
<input type="checkbox"/> 構成員 (参加費 10,000 円)	<input type="checkbox"/> 非構成員 (ソーシャルワーカー) (参加費 15,000 円)
<input type="checkbox"/> 学生会員 (参加費 2,000 円)	<input type="checkbox"/> 学生 (参加費 6,000 円)

→ 次に記入

氏名	ふりがな	性別	男・女	年齢	歳	必須 日中必ず連絡のつく電話番号
構成員のみ の記入欄 必須 会員番号 () 2013 年度会費: <input type="checkbox"/> 口座振替 or <input type="checkbox"/> 口座振替以外で納入完了 or <input type="checkbox"/> 納入予定 (月 日) ※未納の方は至急ご納入ください。 <input type="checkbox"/> 東日本大震災被災により年会費免除		次の要件に該当する方は☑して「い」へお進みください。 該当しない方は「あ」にお進みください。 <input type="checkbox"/> 受講決定通知送付先が「PSW 通信」送付先と同じで、 勤務先は本協会に登録済 (変更無)				

→ 非構成員は必須 該当する構成員は記入

あ	参加証送付先 (ご希望に☑してください) <input type="checkbox"/> 所属先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅 所属先機関名 ※参加者名簿掲載などを使うため正式名称を記入ください。					
	所属先所在地 (〒 —) ※郵便番号は必ずご記入ください。 都道 府県					
	TEL		FAX		携帯 番号	
	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					

→ 全員記入

い	オプション	●懇親会 (2/21 : 4,000 円) に「参加される方」は、☑してください ●「お弁当を注文される方」は☑してください (2/22 : 1,050 円)	<input type="checkbox"/> 参加します <input type="checkbox"/> 注文します
	その他	●参加者名簿へのご所属名、ご所属の所在地の掲載を「希望しない方」は☑してください ●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)	<input type="checkbox"/> 掲載しません

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。)

<個人情報取り扱い> 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、研修の運営、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	年 月 日 / 2013 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	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