※再送の場合はいずれかに〇をつけて送信してください（ 追加・変更・取消 ）

「第８回認定成年後見人養成研修」係

ＦＡＸ．０３－５３６６－２９９３

２０１４年　　月　　日発信

→ まず記入

【必須】　参加ご希望の研修に☑してください

研修認定又は認定精神保健福祉士認定番号を記入ください。	**認定番号**（　　－　　）

→ 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
								－　　－

必須 会員番号（　　）

2014 年度会費　☐納入済　　☐東日本大震災被災により年会費免除

※研修の受講には当年度会費の納入が必要です

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。

☐**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）　☐ 所属先 ・ ☐ 自宅

所属先機関名　※参加者名簿掲載などに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

指定テキスト	**養成研修指定テキスト**をお持ちの方は☑してください。☑のない方はご購入となります。課題別研修の方は、チェックしないでください。ご希望により当日購入いただけます。**＜精神障害者の成年後見テキストブック　中央法規出版　本協会編＞**	☐持っています
オプション	●懇親会（12/5：4,000 円程度）に**「参加される方」**は、☑してください	☐参加します
	●**「お弁当を注文される方」**は☑してください（養成 12/6―8：3,240 円程度、課題別 12/6：1,080 円程度）	☐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	☐掲載しません
	●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。）

＜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　2014 年　　月　　日 ／ 2014 年度までの会費：口座移行済 ・ 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　2014 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