

※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）



公益社団法人日本精神保健福祉士協会

課題別研修／精神保健福祉士の実践力を高める「業務指針」の活用

FAX. 03-5366-2993

年 月 日 発信

→ **まず記入**

**【必須】** 申込む研修にしてください（複数選択不可）

<input type="checkbox"/> 愛知県 9/11（締切8/7）	<input type="checkbox"/> 香川県 11/13（締切10/2）
--	--

→ **次に記入**

氏名	ふりがな	性別	男・女	年齢	歳	必須 日中必ず連絡がとれる電話番号 - -
<input type="checkbox"/> 構成員		必須 構成員番号（ 2016年度会費 <input type="checkbox"/> 納入済 ※研修の受講には当年度会費の納入が必要です ※研修認定精神保健福祉士で「基幹研修Ⅰ・Ⅱ講師講習会」 へも申込まれた方は <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 愛知県（9/10） <input type="checkbox"/> 東京都（2/4） 注意：講師講習会は <input checked="" type="checkbox"/> をもって申込完了ではありません				次の要件に該当する方は <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> 参加証送付先が「PSW 通信」送付先と同じで、勤務先は本協会に登録済（変更無/データ抽出日にご確認ください）
<input type="checkbox"/> 非構成員						「あ」にお進みください。
<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士をめざす学生 （社会人・精神保健福祉士登録者除く）				3,000円		
<input type="checkbox"/> 学生会員				学生会員番号 （ S16 ）		「あ」にお進みください。

→ **該当する方は記入**

**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**

ご所属種別にを入れてください  
医療機関 障害福祉サービス事業所等 高齢者対象施設等 行政機関 福祉関係施設等  
教育機関 学生 その他（ ）

演習班分けの参考として伺います  
 1) PSW としての経験年数（ 年）  
 2) 所属での立場 管理職（職位： ）・ 一般職

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

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、研修運営や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 20 年 月 日 / 2016年度までの会費納入状況 納入済 ・ 未納（ ） / 受講の可否 可 ・ 不可		
備考欄	受付印	完了印