

※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13回成年後見に関する研修」係

FAX. 03-5366-2993

2017年 月 日発行

【必須】 参加ご希望の研修に☑してください

<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 (学生会員番号 S (参加費 2,000 円))	<input type="checkbox"/> 学生 (参加費 6,000 円)

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
						- -

構成員の記入欄	必須 構成員番号 () 2017 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
	「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。 ※データ抽出日 10 月 17 日 (火) 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。

非構成員学生会員学生の記入欄	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にする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

全員記入欄	オプション	●懇親会 (11/30 : 4,000 円程度) に「参加される方」は、☑してください	<input type="checkbox"/> 参加します
		●「お弁当を注文される方」は☑してください (課題別 12/1 : 1,000 円程度)	<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	<input type="checkbox"/> 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保護規程に基づき、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	2017年 月 日 / 2017年度までの会費: 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	2017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