※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 15 回成年後見に関する研修」係

ＦＡＸ．０３－５３６６－２９９３

年　　月　　日発信

【必須】該当する区分に☑をしてください。	
□構成員	□非構成員（ソーシャルワーカー）
□学生会員（学生会員番号Ｓ　　）	□学生

氏名		ふりがな		性別		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（　　）□会費納入済（会費免除含む）※必要な会費を納めていること
	「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 12 月 18 日（火）時点の情報で送付します。変更がある方は必ず**「データ抽出日」の前日**までに**変更届**を提出のこと。

構成員以外の方の記入欄	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					

全員記入欄	オプション	●懇親会（1/31：4,000 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（課題別 2/1：1,000 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
		●班分の参考として伺います　①成年後見活動経験の有無（　有 ・ 無　） ②PSW 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：2018 年　月　日 ／ 会費納入状況：納入済 ・ 未納（　　）／ 受講の可否 可 ・ 不可		
決定通知発送　月　日発送／入金確認 2018 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

公益社団法人日本精神保健福祉士協会