

[送信票不要]

※再送の場合は、変更点を明記のうえ、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「基幹研修Ⅱ・Ⅲ受講申込書」

FAX. 03-5366-2993

2018年 月 日発行

【必須】 申込む研修に☑し、必要事項を記入してください（複数選択不可）	
<input type="checkbox"/> <b>基幹研修Ⅱ</b> 東京都：9/30（締切 8/26） ●基幹研修Ⅰ修了方法を選択 <input type="checkbox"/> 修了証書番号（Ⅰ _____） <input type="checkbox"/> 読み替え認定（2008年度実施）	<input type="checkbox"/> <b>基幹研修Ⅲ</b> ●参加希望会場を選択（複数選択不可） <input type="checkbox"/> 福岡県：7/28、29（締切 6/26） <input type="checkbox"/> 東京都：11/3、4（締切 10/2） <input type="checkbox"/> 岡山県：12/8、9（締切 11/4）  ●基幹研修Ⅱ修了方法を選択 <input type="checkbox"/> 修了証書番号（Ⅱ _____） <input type="checkbox"/> 読み替え認定（2008年度実施） <input type="checkbox"/> 研修認定精神保健福祉士

氏名	ふりがな	日中必ず連絡のとれる電話番号	
構成員番号（ _____ ） ※基幹研修Ⅱは2015年度までの入会者（構成員番号015140まで）が対象	会費	<input type="checkbox"/> 納入済（会費免除含む） ※必要な会費を納めていること	
受講証等の送付先	<b>「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。</b> ※研修センター日より「Start Line No.58」P4に記載している「データ抽出日」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 <b>変更届</b> をご提出ください。		
共通テキスト	テキスト第2版の所持状況に☑してください	<input type="checkbox"/> 購入している <input type="checkbox"/> 購入していない	⇒ 購入不要（0円）※当日第2版をご持参ください <input type="checkbox"/> 第1版（3冊セット・A4）購入済 ⇒1,500円 <input type="checkbox"/> 共通テキスト初購入 ⇒2,500円
	オプション	●懇親会「参加希望の方」は☑してください ●お弁当を「注文する方」は☑してください	<input type="checkbox"/> 参加する（Ⅱは懇親会なし） <input type="checkbox"/> 注文する
その他	●参加者名簿へのご所属名、ご所属の所在地等の掲載を「希望しない方」は☑してください <input type="checkbox"/> 掲載しない	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）	
事務局への連絡事項（受講時に配慮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使い、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	/ 受講証の発送 月 日 発送
入金確認	年 月 日 / 受講番号	第 _____ 番
備考欄		受付印 _____ 完了印 _____