

※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17回成年後見に関する研修」係

FAX. 03-5366-2993

(申込締切12月8日(日))

2019年 月 日 発信

ふりがな		年齢	歳	性別
氏名				
日中連絡先	平日の日中に連絡が取れる電話番号 TEL ( ) → <input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯番号			
区分	<input type="checkbox"/> 構成員 10,000円	必須 構成員番号 ( )		ご指定の「本協会からの送付先」にお送りします。 (「データ抽出日」である12/10(火)時点の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「構成員マイページ」で変更いただくか、変更届をご提出ください) 「A」をご記入ください。
	<input type="checkbox"/> 非構成員 15,000円 ※ソーシャルワーカーの方			
	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士をめざす学生 6,000円			
	<input type="checkbox"/> 学生会員 2,000円 (学生会員番号S )			
「構成員ではない方の記入欄」及び「A」をご記入ください。				

※上記区分は、研修当日時点の立場を基準とします。

構成員ではない方の記入欄	受講証送付先 (ご希望に <input checked="" type="checkbox"/> してください) <input type="checkbox"/> 所属先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅			
	所属先機関名 ※受講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	
自宅現住所 (〒 — ) ※ご自宅を受講証等の送付先としない方は記入不要。 都道 府県				

A	オプション	●懇親会 (1/23 : 4,400円程度) に「参加される方」は、 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> してください (1/24 : 1,100円程度)	<input type="checkbox"/> 注文します
A	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 <input checked="" type="checkbox"/> してください	<input type="checkbox"/> 掲載しません
		●班分の参考として2点、お伺いします ①PSWの経験年数 ( 年) ②成年後見活動経験 { 有 — 成年後見活動の件数 ( 件) 活動している団体(ばあとなあ・リーガルサポート・その他 { } 無	

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、本人の同意を得たうえで行います。

※ 事務局記入欄 (以下は記入しないでください)

受付確認	2019年 月 日 / 会費納入状況: 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	2019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