

※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）

基幹研修Ⅲ 受講申込書



＜送付先（申込方法は郵送のみ）レポートと共に送ってください＞

日本精神保健福祉士協会「基幹研修Ⅲ」係 〒160-0015 東京都新宿区大京町 23-3 四谷オーキッドビル 7F

20 年 月 日

【必須】 該当要件に☑し、必要事項を記入してください（複数選択不可）

- 基幹研修Ⅱ修了方法を選択 ※基幹研修Ⅱ修了前のお申込みはお受けできません
- 修了証書番号（Ⅱ _____）
- 読み替え認定（2008年度実施）
- 研修認定精神保健福祉士

【必須】 希望会場を「1カ所のみ」チェックを入れてください。（複数選択「不可」／締切厳守）

<input type="checkbox"/> 愛知県会場 10月19、20日	8/21 締切必着	<input type="checkbox"/> 京都府会場 12月7、8日	10/2 締切必着
<input type="checkbox"/> 東京都会場 2020年 3月14、15日	2020/ 1/6 締切必着		

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（ _____ ）		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	「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。 ※「Start Line No. 65P 3」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「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。		
レポート郵送前にご確認ください	「ピアスーパービジョンのためのレポート」を作成した <input type="checkbox"/> はい → 本申込書と共にレポートを同封して郵送でお申込みください。 <input type="checkbox"/> いいえ → レポート提出がないと申込受付完了となりません。		
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 ⇒	購入不要（0円）※当日第2版をご持参ください
		<input type="checkbox"/> 購入していない ⇒	<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		<input type="checkbox"/> 参加する（開催日程を確認ください）
	●お弁当を「注文する方」は☑してください		<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		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）
	<input type="checkbox"/> 掲載しない		
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ると幸いです。）			

＜個人情報取り扱い＞ 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	20 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