※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 14 回認定成年後見人養成研修」係

ＦＡＸ．０３－５３６６－２９９３

（申込締切 12 月８日（日））

●受講希望の研修を選択し、必要な情報をご記入ください。　　年　　月　　日発信

□全日程受講：1/23-26	1）研修認定又は認定精神保健福祉士の認定番号（　　－　　）
□課題別修了者：1/25-26	1）研修認定又は認定精神保健福祉士の認定番号（　　－　　） 2）次の必要事項を入力してください。 （1）課題別研修の受講番号（　　） （2）対象研修　□第 14 回：2018/10/21 修了 □第 15 回：2019/2/1 修了 □第 16 回：2019/10/6 修了見込

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 －　　－

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 10 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。

指定テキスト	**養成研修指定テキスト**をお持ちの方は☑してください。☑のない方はご購入となります。 **＜よくわかる成年後見制度活用ブック　中央法規出版　本協会編＞**	□持っています
オプション	●懇親会（1/23：4,400 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 （養成 1/24-26：3,300 円程度・1/25-26：2,200 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（ぱあとなあ ・ 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：20　　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　　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

WEB 版