

※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）



公社) 日本精神保健福祉士協会「ソーシャルワーク研修 2019・春」

FAX. 03-5366-2993

<申込締切：2020年2月2日>

20 年 月 日 発信

【必須】 参加希望のテーマに☑をしてください（同じ開催日での複数選択不可）

2020年3月21日（土）	2020年3月22日（日）
<input type="checkbox"/> テーマ1 精神保健福祉士が、犯罪被害者・加害者に会うときに知っておきたいこと 下の質問にご回答ください（必須） （1）被害者支援の関与の有無（ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない） （2）加害者支援の関与の有無（ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない）	<input type="checkbox"/> テーマ3 その就労・雇用支援、ソーシャルワークと言えますか？
<input type="checkbox"/> テーマ2 ファシリって、なに？	<input type="checkbox"/> テーマ4 誰もが暮らしやすいコミュニティの創造のために

氏名	ふりがな	性別	年齢	必須 日中必ず連絡がとれる電話番号
<input type="checkbox"/> 構成員 ※研修当日構成員であること	1日当り 5,000円	<input type="checkbox"/> 必須 構成員番号 （ ） <input type="checkbox"/> 会費納入済（会費免除含む） ※必要な会費を納めていること		本協会からの送付先に指定された先に、2020年2月4日時点の構成員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」の前日までに変更届をご提出ください。下の「A」欄にもご記入ください。
<input type="checkbox"/> 非構成員	7,500円	下の「 構成員以外の方の記入欄 」・「 A 」欄にもご記入ください。		
<input type="checkbox"/> 学生会員 <input type="checkbox"/> 必須 会員番号（S19）	1,000円			
<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士をめざす学生 （社会人・精神保健福祉士登録者除く）	3,000円			

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

A	オプション	3月21日開催の懇親会（4,400円）に「参加を希望される方」は、☑してください	<input type="checkbox"/> 参加します
	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 <input type="checkbox"/> 掲載しません	演習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（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		
備考欄	受付印	完了印