|  |
| --- |
| **更新研修　オンライン受講申込書****＜送付先（申込方法は郵送のみ）２種類のレポートと共にお送りください＞**日本精神保健福祉士協会「更新研修」係　〒160-0015　東京都新宿区大京町23-3　四谷オーキッドビル7F |

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） |
| □2008・2009年度認定の「認定精神保健福祉士」認定番号（　　　－　　　　　）※認定番号000001～001873までが対象□2012～2014年度認定の「認定精神保健福祉士」認定番号（　　　－　　　　　）※認定番号002084～002538までが対象□2017～2019年度認定の「研修認定精神保健福祉士」認定番号（　　－　　　　　）※認定番号002901～003506までが対象□受講期間延長が承認された★「（研修）認定精神保健福祉士」認定番号（　　　－　　　　　）★2021年度中に受講期間延長申請をされ、理事会で承認された方 |

**【必須】**希望日程を**「１ヵ所のみ」**チェックを入れてください。**（複数選択「不可」／締切厳守）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □　第84回　２月11日（土） | 12/11締切必着 | □　第85回　３月５日（日） | 1/4締切必着 |
| □　第86回　３月26日（日） | 1/22締切必着 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | ふりがな |  | 日中必ず連絡のとれる電話番号　 　　 　-　 　　 　-　　 |
| **E-mailアドレス**（受講にはメールアドレスが必要です。ここには受講時に使用するＰＣやタブレット等のアドレスを記入してください／記入必須）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 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 |
| 受講証等の送付先 | 本協会からの定期発行物の送付先に指定された先にお送りします。※「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**変更届**をご提出ください。各日程の「データ抽出日」は開催案内の日程等一覧をご確認ください。 |
| レポート郵送前にご確認ください | 「スーパービジョンのためのレポート」「演習のためのレポート」の２種類を作成した　　□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。　　□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 | □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 |
| □購入していない | ⇒ | **□** 第１版（3冊セット・A4）購入済 　⇒1,500円**□** 共通テキスト初購入　　　　　 　　⇒2,500円（第２版または改訂第２版） |
| 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ソーシャルワーカーとしての経験年数（　　 　年） |
| □ 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　 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 |

2022/11/15 WEB