

※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）

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"/> 第84回 2月11日(土)	12/11 締切必着	<input type="checkbox"/> 第85回 3月5日(日)	1/4 締切必着
<input type="checkbox"/> 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（ <u> </u> ）	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 **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	<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 （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

掲載しない

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）

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（ <u> </u> ）
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 <u> </u> 番
備考欄		受付印	完了印

2022/11/15 WEB