

FAX 送信するとき、送信面が裏表逆ではないか、確認ください

※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 】

受講申込書 <申込締切 2016 年 1 月 17 日 日曜日>
(公社) 日本精神保健福祉士協会「基幹研修Ⅰ」((一社) 大阪精神保健福祉士協会 事務局) FAX. 06-6764-7839

年 月 日 発信

氏名	修了証書に使うため楷書でご記入ください。	ふりがな	性別	男・女	年齢	歳
勤務先機関名	※正式名称を記入ください。					
勤務先所在地 (〒 —)	※郵便番号は必ずご記入ください。					
	都道					
	府県					
TEL		FAX				
自宅現住所 (〒 —)						
	都道					
	府県					
TEL		連絡希望先	<input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅			
参加要件 該当する項目全てを☑してください	<input type="checkbox"/> 日本精神保健福祉士協会構成員 構成員番号 (0) ★構成員番号は封筒の宛名ラベルに記載されています					
	<input type="checkbox"/> 大阪精神保健福祉士協会会員					
	<input type="checkbox"/> 他都道府県精神保健福祉士協会 (府・県)					
	<input type="checkbox"/> その他 ()					
共通テキスト (第1版・第2版)の所持の有無 (該当に☑してください)	<input type="checkbox"/> 第2版 (全1巻・B5版) を購入済	⇒再購入不要です。当日お持ちください				★ここに振込用紙を必ず添付ください 参加費 (協会員 1,000円 非会員 3000円) +テキスト代 (左記参照) の合計金額をご入金ください。 【お振込み先】 三菱東京UFJ銀行 堺支店 口座番号: 0142059 口座名義: シャダンハウジン オオサカ セイシンホケンフクシシキョウカイ
	<input type="checkbox"/> 第1版 (全3巻・A4版) を購入済	⇒1,500円での販売 ※日本協会構成員のみ				
	<input type="checkbox"/> 持っていない、または (公社) 日本精神保健福祉士協会非構成員	⇒2,500円での販売				
その他	グループワークの班分けの参考として伺います 1. PSW としての経験年数 (年) 2. PSW 以外の経験年数 (年)					
事務局への連絡事項						
ご記入にもれがないかご確認のうえ、FAXください。						

<個人情報の取り扱い> 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、研修の運営、研修評価に伴う調査の確認に用い、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)

受付確認日: 年 月 日 / 受講番号:		
受講の可否: 可 ・ 不可		
入金 確認: 年 月 日		
備考欄	受付印	完了印

