

<b>受講申込書</b> <b>&lt;申込締切 2023年11月1日 17時必着&gt;</b> <b>(公社)日本精神保健福祉士協会「基幹研修Ⅰ」(滋賀県精神保健福祉士会)</b> <b>Mail : shigapsw@gmail.com</b>
--

年 月 日

氏名	<small>修了証書に使うため楷書でご記入ください。</small>	ふりがな	性別	年齢	歳
勤務先機関名 <small>※受講決定通知などに使うため正式名称を記入ください。</small>					
勤務先所在地 (〒 — ) <small>※郵便番号は必ずご記入ください。</small>					
都道府県					
TEL			FAX		
自宅現住所 (〒 — ) <small>※ご自宅を参加証等の送付先としない方は記入不要。</small>					
都道府県					
TEL			参加証送付先		<input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅
本研修当日に 連絡のつく電話番号		<small>※必ずご記入ください。</small>			
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 ( ) <small>★構成員番号は封筒の宛名ラベルに記載されています</small>				
	<input type="checkbox"/> 滋賀県精神保健福祉士会会員				
	<input type="checkbox"/> 他都道府県精神保健福祉士協会会員				
	<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版または改訂第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		
	<input type="checkbox"/> 第1版(全3巻・A4版)を購入済		⇒1,500円での販売です <b>※日本協会構成員のみ</b>		
	<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円での販売です		
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) / PSW以外の経験年数 ( 年)				
事務局への連絡事項					
<b>ご入力にもれがないかご確認のうえ、Mail ください (特に参加証送付先、オプション・その他)。</b>					

**<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	年	月	日	
受講の可否	可	・	不可	/ 受講決定通知の発送 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