

# 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）

<b>受講申込書</b>
<b>&lt;申込締切2013年8月14日&gt;</b>
<b>(公社) 日本精神保健福祉士協会「基幹研修Ⅰ」(愛媛県精神保健福祉士会)</b>
<b>FAX. 089-975-2001</b>

年 月 日 発信

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	男・女	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			
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 ) <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> 2013年度会費 <input type="checkbox"/> 納入済 ( <input type="checkbox"/> 口座振替・ <input type="checkbox"/> 払込票での振込 ) or <input type="checkbox"/> 納入予定 ( 月 日 ) <small>※当年度までの会費納入は受講要件です。研修の申込締切日までにご納入ください。</small>					
	<input type="checkbox"/> 愛媛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					
	<input type="checkbox"/> その他 ( )					
共通テキスト第1版の所持の有無 (該当に☑してください)		<input type="checkbox"/> 第1版 (全3巻・A4版) を購入済 ⇒1,500円での販売です <input type="checkbox"/> 持っていない ⇒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>ご記入にもれがないかご確認のうえ、FAX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