

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 2024年6月28日（金）>	
（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）	
FAX. 0894-24-7665（八幡浜医師会立双岩病院 気付）	

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	
勤務先機関名	※受講決定通知などに使うため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。			
TEL		FAX		
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）				
@				
受講時に連絡がとれる電話番号				
自宅現住所（〒 — ）	※ご自宅を参加証等の送付先としない方は記入不要。			
	都道		府県	
TEL		参加証送付先	勤務先 ・ 自宅	
受講要件	<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			
該当する項目全てを☑してください	<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・第2版または改訂第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 ※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. 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				
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）。				

<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			<input type="checkbox"/> 受付印 <input type="checkbox"/> 完了印