

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2023年9月7日（木）必着>
（公社）日本精神保健福祉士協会「基幹研修Ⅰ」（岩手県精神保健福祉士会）
FAX. 0198-24-1721

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	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"/> 公益社団法人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>				
	<input type="checkbox"/> 岩手県精神保健福祉士会・青森県精神保健福祉士協会・秋田県精神保健福祉士協会 会員				
	<input type="checkbox"/> 北東北3県内で精神保健福祉士として実務経験がある者				
	<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 で第2版または改訂第2版を初購入 <small>※日本協会構成員のみ</small>			
		<input type="checkbox"/> 持っていない（紛失による再購入を含む）、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			
懇親会	<input type="checkbox"/> 参加します ・ <input type="checkbox"/> 参加しません				
その他	グループワークの班分けの参考として伺います 精神保健福祉士としての経験年数（ — 年）／精神保健福祉士以外の経験年数（ — 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（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	受付印 完了印