

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

<b>受講申込書</b>	
＜申込〆切2016年9月7日（水）＞	
<b>（公社）日本精神保健福祉士協会「基幹研修Ⅰ」（青森県精神保健福祉士協会）</b>	
<b>FAX. 0178-25-7873</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>					
	<input type="checkbox"/> 青森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） 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		
		<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		
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 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						
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	年 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