

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）

参加申込書 <申込〆切2017年10月20日（金）>
第1回北東北三県精神保健福祉士学術集会（事務局：岩手県精神保健福祉士会） FAX. 0198-24-1721

年 月 日 発信

氏名	ふりがな	性別	男・女	年齢	歳
勤務先機関名					
勤務先所在地 （〒 — ） 都道 府県					
TEL		FAX			
連絡先 （〒 — ）※勤務先を連絡先とされない方はこちらに記入してください。 都道 府県					
TEL		FAX			
参加要件 （該当する項目全てを☑してください）	<input type="checkbox"/> 構成員（県協会員）★以下、所属する県に☑してください（1,000円） <input type="checkbox"/> 青森県精神保健福祉士協会 <input type="checkbox"/> 秋田県精神保健福祉士協会 <input type="checkbox"/> 岩手県精神保健福祉士会				
	<input type="checkbox"/> 非構成員（3,000円）				
	<input type="checkbox"/> 学 生（1,000円）				
参加区分 （該当する項目全てを☑してください）	<input type="checkbox"/> 基調講演「地域移行、地域生活支援における精神保健福祉士がやるべきこと」				
	<input type="checkbox"/> シンポジウム「地域移行、地域生活支援を考える」～精神保健福祉士の役割の再考～				
	<input type="checkbox"/> 分科会①「精神保健福祉士の業務」				
	<input type="checkbox"/> 分科会②「権利擁護」				
懇親会	<input type="checkbox"/> 参加します <input type="checkbox"/> 参加しません（懇親会費は4,000円です。受付の際に徴収いたします）				
連絡事項	<ul style="list-style-type: none"> ・参加区分について、事前の申込みで☑していただいた方を優先してご案内いたします。当日受付もいたしますが、座席に限りがございますので、場合によってはご案内できないこともあります。あらかじめご了承ください。 ・参加費について、当日の受付の際に徴収いたしますのでご準備をお願いいたします。なお、参加費は、1日のみの参加でも、両日参加でも同額となります。 ・その他、ご不明な点等ございましたら、下記事務局にご連絡ください。 連絡先：国立病院機構花巻病院内 岩手県精神保健福祉士会事務局 担当：浅沼 （第1回北東北三県精神保健福祉士学術集会事務局） TEL: 0198-24-0511 FAX: 0198-24-1721 mail: iwatepsw.jimukyoku@yahoo.co.jp 				
事務局への連絡事項（ご質問、ご不明な点等ございましたらご記入ください）					

<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。