

FAX 送信の際は、送信面の表裏を確認してください。 **送信表不要**

※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>	
<申込締切2018年12月15日(土)>	
<b>(公社)日本精神保健福祉士協会「基幹研修Ⅰ」</b>	
<b>FAX 099-210-5877</b>	
送付先：一般社団法人 鹿児島県精神保健福祉士協会事務局 (株)常清 main office (担当：荒堀・鹿島)	

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> 2017年度会費 <input type="checkbox"/> 納入済					
	<input type="checkbox"/> 鹿児島県精神保健福祉士協会会員 2018年度までの会費 <input type="checkbox"/> 納入済 or <input type="checkbox"/> 納入予定 ( 月 日 )					
	<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 ※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. 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、その他)。</b>						

<個人情報取り扱い> 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