

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、いずれかに〇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 2021年1月29日（金）＞ (公社) 日本精神保健福祉士協会「基幹研修Ⅰ」 FAX 099-210-5877 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 常清 main office 内 （担当：荒堀・鹿島）

年 月 日 発信

氏名	ふりがな _____ <small>修了証書に使うため 楷書でご記入ください。</small>	性別		年齢	歳
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。 都道 府県				
TEL		FAX			
メールアドレス	(個人 ・ 勤務先)				
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					
本研修に係る ご連絡先電話番号	<input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅	参加証送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅		
参加要件	<input type="checkbox"/> 日本精神保健福祉士協会構成員 構成員番号 (〇) ★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"/> 鹿児島県精神保健福祉士協会会員	<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 ※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					
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)。					

<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