

第65回定例研修会 研修費振込方法について

この度は第65回定例研修会にお申込みいただきありがとうございます。熊本県精神保健福祉士協会における非会員の方は、研修費の振込が必要となりますので、以下の方法でお手続きいただきますよう、よろしくお願いいたします。

研修費：非会員 1000円 学生 500円

支払期限：2月20日(月) ※厳守にてお願いします。

支払方法：指定口座への振込

指定口座 ※

銀行名：肥後銀行
支店名：広安支店(店番号236)
口座番号：201405
口座名義人：熊本県精神保健福祉士協会 会長 岩永 靖 (くまもとけんせいしんほけんふくしきょうかいかいちょういわながやすし)

注意点 ※

- ・振込手数料は各自のご負担でお願いします。
- ・お振込の際、ご依頼人の欄は、氏名の前に数字の1を記入してください。(例) 1クマモト タロウ
所属機関の記載は不要です。
- ・お振込の確認後に研修会の ZOOM 招待メールを送信しますので、2月20日までに必ずお振込ください。
お振込をもって手続きの完了となります。

領収書

領収書が必要な方は、お振込後に熊本県精神保健福祉士協会事務局にお電話にてご連絡ください。

後日、領収書を郵送します。

連絡先：熊本県精神保健福祉士協会事務局（社会医療法人ましき会 益城病院内）

TEL 096-286-3611 （担当者 園田）

お知らせ

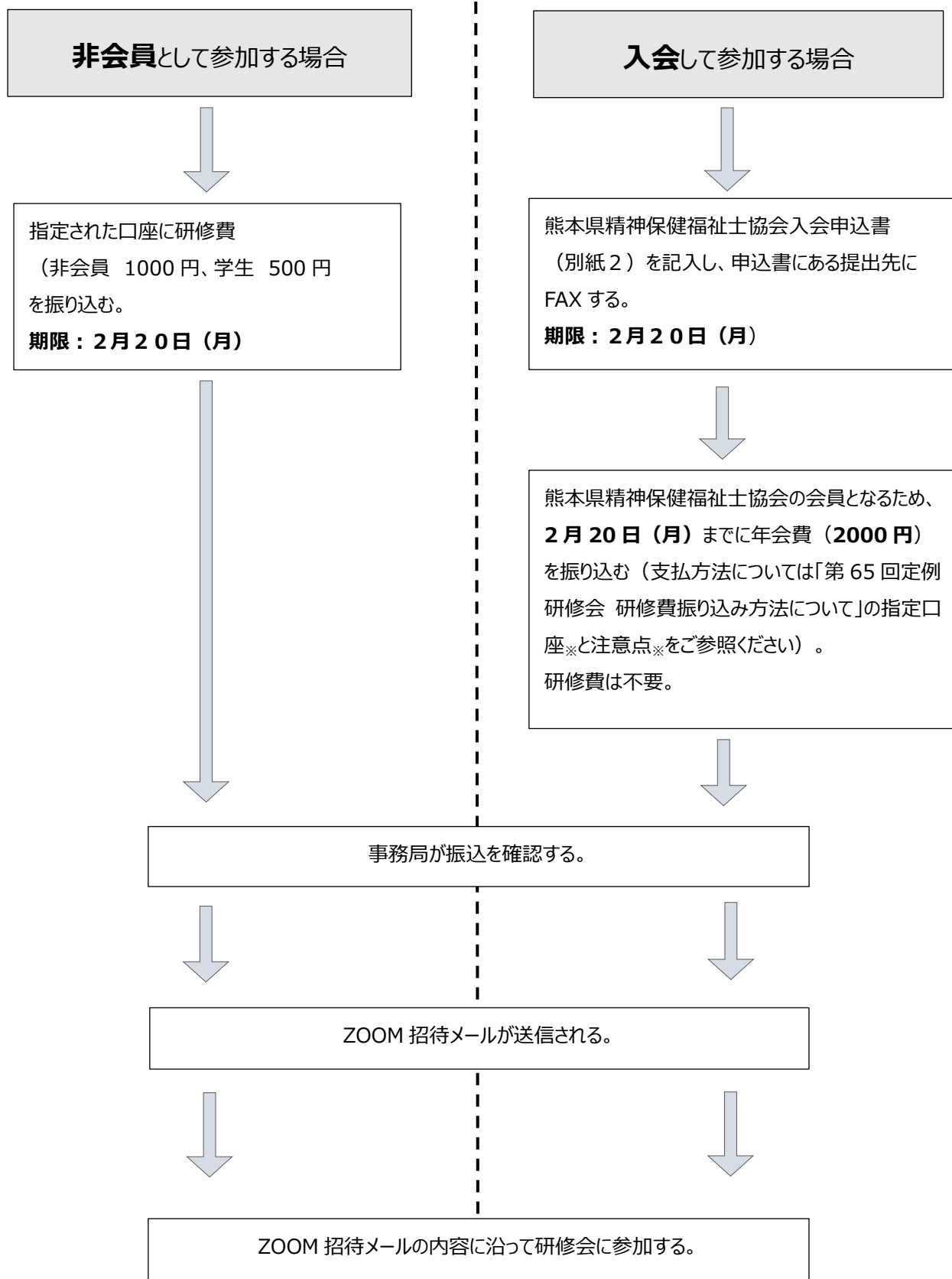
- ・熊本県精神保健福祉士協会にご入会いただくと、今回の定例研修を含めた、令和4年度の研修会は無料となります。(今年度の研修はこれで最後の予定です)
この機会に入会をご検討いただくと幸いです。
- ・熊本県精神保健福祉士協会への入会につきましては、日本精神保健福祉士協会の構成員(入会)が前提となっておりますのでご注意ください。
- ・熊本県精神保健福祉士協会への入会を希望される場合は、別紙1「入会して参加する場合」に沿ってお手続きください。

問い合わせ

研修費の振込方法について不明な点がございましたら、以下の担当者までご連絡ください。

菊陽病院 村上幸大(熊本県精神保健福祉士協会 教育研修委員)

電話：096-232-3171



熊本県精神保健福祉士協会入会申込書

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	昭和 平成 年 月 日
精神保健福祉士 登録番号			
公益社団法人日本精神保健福祉士協会 会員番号			

所属機関（文書発送先）

名称	ふりがな
住所	〒
TEL	
FAX	
E-mail	

熊本県精神保健福祉士協会
会長 岩永 靖 殿

上記のとおり、熊本県精神保健福祉士協会への入会を申し込みます。

提出先

〒861-2232 熊本県上益城郡益城町馬水 123
社会医療法人 ましき会 益城病院内
FAX 096-286-8145

※熊本県精神保健福祉士協会では、会員名簿を作成しております。氏名・所属機関・連絡先の記載をしております。所属機関変更等ございましたら、上記連絡先へ退会・変更届でご連絡お願い致します。会員名簿については、会員のみ配布を予定しております。会員名簿への記載は、強制ではありませんが、会員同士のネットワークの構築・拡大の為、多くの方の賛同をお願い致します。

会員名簿記載に同意しますか？ 同意する ・ 同意しない _____

令和 年 月 日

氏名 _____