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　）

|  |
| --- |
| **受講申込書　　　＜申込締切２０２３年１２月２８日＞** |
| **(公社)日本精神保健福祉士協会「基幹研修Ⅰ」（熊本県精神保健福祉士協会）****申込先　医療法人回生会　山鹿回生病院（担当：上野）****ＦＡＸ．０９６８－４３－３３８８** |

年　　月　　日発信

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 修了証書に使うため楷書でご記入ください。 | ふりがな |  | 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。  |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| 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。　　　　　　 |
| ＴＥＬ |  | 参加証送付先　　 | □　勤務先・□　自宅 |
| 参加要件該当する項目全てを☑してください | * 日本精神保健福祉士協会構成員
 |
| 構成員番号（０　　　　　　　　）★構成員番号は封筒の宛名ラベルに記載されています |
| * 熊本県精神保健福祉士協会会員
 |
| * 他都道府県精神保健福祉士協会
 |
| * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 共通テキスト（第1版・第２版または改訂第２版）の所持の有無（該当に☑してください） | □　第２版または改訂第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。 | 購入時期・方法※わかる範囲でご記入ください□ 基幹研修受講20　　　 年　　　　　　 会場□ その他　　　　　　　　　　　　 |
| □　第１版（全３巻・Ａ４版）を購入済で第２版初購入⇒**1,500円**での販売です。※日本協会構成員のみ |
| □　持っていない（紛失による再購入を含む）、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．ソーシャルワーカーとしての経験年数（　　年）／ソーシャルワーカー以外の経験年数（　　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　　　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 |