

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9月7日（木）必着＞

（公社）日本精神保健福祉士協会「基幹研修Ⅰ」（岩手県精神保健福祉士会）

FAX. 0198-24-1721

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。 都道 府県						
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。 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"/> 公益社団法人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					
	<input type="checkbox"/> 岩手県精神保健福祉士会・青森県精神保健福祉士協会・秋田県精神保健福祉士協会 会員					
	<input type="checkbox"/> 北東北3県内で精神保健福祉士として実務経験がある者					
	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 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				
<input type="checkbox"/> 第1版(全3巻・A4版)を購入済 ⇒1,500円での販売です で第2版または改訂第2版を初購入 ※日本協会構成員のみ						
<input type="checkbox"/> 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						
<input type="checkbox"/> 参加します · <input type="checkbox"/> 参加しません						
懇親会						
その他	グループワークの班分けの参考として伺います 精神保健福祉士としての経験年数（　　年）／精神保健福祉士以外の経験年数（　　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