

**[送信票不要]**

※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）

**公益社団法人日本精神保健福祉士協会「基幹研修Ⅲ受講申込書」**

**FAX. 03-5366-2993**

年 月 日発信

**【必須】 申込み研修に☑し、必要事項を記入してください（複数選択不可）**

- 基幹研修Ⅱ修了方法を選択
- 修了証書番号（Ⅱ \_\_\_\_\_）
- 読み替え認定（2008年度実施）
- 研修認定精神保健福祉士

**【必須】希望会場を「1カ所のみ」チェックを入れてください。（複数選択「不可」／締切厳守）**

<input type="checkbox"/> 宮城県会場 7月8、9日	6/4 締切必着	<input type="checkbox"/> 北海道会場 8月19、20日	7/18 締切必着
<input type="checkbox"/> 愛知県会場 11月18、19日	10/15 締切必着	<input type="checkbox"/> 愛媛県会場 2月24、25日	1/14 締切必着

氏名		ふりがな		日中必ず連絡のとれる電話番号 - -
構成員番号（ _____ ）	2016年度会費	<input type="checkbox"/> 納入済（会費免除含む） ※研修の受講には2016年度までの会費の納入が必要です		
受講証等の送付先	<b>「PSW通信」等、本協会からの送付先に指定された先にお送りします。</b> ※研修センターだより「Start Line No.52」P4に記載している「データ抽出日」の時点におけるデータにて送付します。変更がある方は、必ず <b>「データ抽出日」の前日までに変更届</b> をご提出ください。			
共通テキスト	テキスト第2版の所持状況に☑してください	<input type="checkbox"/> 購入している	⇒	購入不要（0円）※当日第2版をご持参ください
		<input type="checkbox"/> 購入していない	⇒	<input type="checkbox"/> 第1版（3冊セット・A4）購入済 ⇒1,500円 <input type="checkbox"/> 共通テキスト初購入 ⇒2,500円
オプション	●懇親会「参加希望の方」は☑してください		<input type="checkbox"/> 参加する	
	●お弁当を「注文する方」は☑してください		<input type="checkbox"/> 注文する	
	●愛媛県での宿泊を「申込み方」は☑してください（先着順でお受けします）		<input type="checkbox"/> 申込み { <input type="checkbox"/> シングル ・ <input type="checkbox"/> ツイン } (ご希望内容→) { <input type="checkbox"/> 禁煙室 ・ <input type="checkbox"/> 喫煙室 }	
その他	●参加者名簿へのご所属名、ご所属の所在地等の掲載を「希望しない方」は☑してください		グループワークの班分けの参考として伺います PSWとしての経験年数（ _____ 年）	
	<input type="checkbox"/> 掲載しない			
<b>事務局への連絡事項</b> （受講時に配慮をご希望の方は本欄にご記入ください。手配の関係からお早目にお申込みいただければ幸いです。）				

**<個人情報の取り扱い>** 本協会の個人情報保護方針および個人情報保護規程に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。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、研修運営や研修評価に伴う調査および本協会会員データの確認に用い、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	/2016年度までの会費納入状況	納入済	・ 未納（ _____ ）
受講の可否	可 ・ 不可	/ 受講証の発送	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