

※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「更新研修受講申込書」

＜送付先（申込方法は郵送のみ）レポート①②と共にお送りください＞

日本精神保健福祉士協会「更新研修」係 〒160-0015 東京都新宿区大京町 23-3 四谷オーキッドビル 7F

年 月 日

【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）

- 2013～2014 年度認定の「研修認定精神保健福祉士」認定番号（ _____ ） ※認定番号 002211～002538 までが対象
- 2008～2009 年度認定の「認定精神保健福祉士」認定番号（ _____ ） ※認定番号 000001～001873 までが対象
- 受講期間延長が承認された*「研修認定精神保健福祉士」認定番号（ _____ ） ※認定番号 002210 までが対象
- ★2016 年度中に受講期間延長申請をされ、理事会で承認された方

【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"/> 東京都会場 10月15日(日) 7/26 締切必着	<input type="checkbox"/> 愛知県会場 11月19日(日) 9/10 締切必着
<input type="checkbox"/> 兵庫県会場 12月17日(日) 10/9 締切必着	<input type="checkbox"/> 沖縄県会場 1月28日(日) 11/13 締切必着
<input type="checkbox"/> 愛媛県会場 2月25日(日) 12/10 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（ _____ ）	2017 年度会費	<input type="checkbox"/> 納入済（会費免除含む） <small>※研修の受講には 2017 年度までの会費の納入が必要です</small>		
受講証等の送付先	「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。 <small>※研修センター日より「Start Line No. 53」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「データ抽出日」の前日までに変更届をご提出ください。</small>			
レポート①②	レポート①及び②を作成した <input type="checkbox"/> はい → 本申込書と共にレポートを同封して郵送でお申込みください。 <input type="checkbox"/> いいえ → レポート提出がないと申込受付完了となりません。 レポート①に・・・ <input type="checkbox"/> 個別ケースの記載があるため本人の同意を得て受講者氏名欄に自分の名前を署名した <input type="checkbox"/> 個別ケースの記載がないので、個人情報記載の有無の「無」に○をつけた			
共通テキスト	テキスト第2版の所持状況に <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> してください		<input type="checkbox"/> 参加する（開催日程を確認ください）	
	●お弁当を「注文する方」は <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> してください <small>(先着順でお受けします)</small>		<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 <input checked="" type="checkbox"/> 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			

事務局への連絡事項（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 / 2017 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