

※再送の場合はいずれかに○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「ストレスチェック実施者研修」受講申込書  
FAX. 03-5366-2993

【必須】受講希望会場を「1ヵ所のみ」にチェック欄に○を付けてください（複数選択「不可」）

チェック欄	会場	開催日程	申込締切
	東京都会場（全国家電会館）	9月25日	8月5日
	愛知県会場（フジコミュニティセンター）	10月25日	9月9日

2018年 月 日発信

ふりがな			年齢 歳	性別
氏名				
日中連絡先	平日の日中に連絡が取れる電話番号 TEL ( ) → <input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯番号			
<input type="checkbox"/> 構成員 ※研修当日構成員であること	<input type="checkbox"/> 1日受講 (8,000円) 必要な添付書類なし	<input checked="" type="checkbox"/> 必須 構成員番号 ( ) <input type="checkbox"/> 会費納入済 (会費免除含む) ※必要な会費を納めていること	本協会からの送付先に指定された先にお送りします。「Start Line No.58」P14に記載の「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。 「A」をご記入ください。	
	<input type="checkbox"/> 科目免除 (6,400円) 必要な添付書類 (必須) <input type="checkbox"/> 衛生管理者の免許証コピー			
<input type="checkbox"/> 非構成員	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 1日受講 (15,000円) 必要な添付書類 (必須) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士登録証コピー 又は看護師免許証コピー	<input type="checkbox"/> 科目免除 (12,000円) 必要な添付書類 (必須) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士登録証コピー 又は看護師免許証コピー <input type="checkbox"/> 衛生管理者の免許証コピー	「非構成員記入欄」「A」をご記入ください。
	<input type="checkbox"/> 看護師			

非構成員記入欄	受講証送付先 (ご希望に <input checked="" type="checkbox"/> してください) <input type="checkbox"/> 所属先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅			
	所属先機関名 ※受講者名簿掲載などに使うため正式名称を記入ください。			
	所属先所在地 (〒 — ) ※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 (〒 — ) ※ご自宅を受講証等の送付先としない方は記入不要。 都道府県				

A	ストレスチェック実施予定等	<p>ストレスチェックの実施予定の有無に<input checked="" type="checkbox"/>を入れ、続く質問にお答えください。</p> <p><input type="checkbox"/> 有</p> <p>1. 従業員規模 <input type="checkbox"/> 50人以上 <input type="checkbox"/> 50人未満</p> <p>2. 実施職場 <input type="checkbox"/> 自職場 <input type="checkbox"/> 委託先→業種をお書きください (ex. 医療・福祉、教育・学習支援業、製造業等)</p> <p><input type="checkbox"/> 無—受講動機を以下の1~3から選択してください。 <input type="checkbox"/> 1. 今後、産業保健領域で働きたいと思っているから <input type="checkbox"/> 2. このテーマに関心があるから <input type="checkbox"/> 3. その他 ( )</p>
	請求書のご希望	<input type="checkbox"/> 希望する (宛名 ) <input type="checkbox"/> 希望しない ※請求書は受講証送付時に同封します。また、領収証は当日会場にてお渡しします。

事務局への連絡事項 (手話通訳等、情報保障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送付、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	2018年 月 日 / 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: 月 日 / 受講番号 第 番		
備考欄	<table border="1"> <tr> <td>受付印</td> <td>完了印</td> </tr> </table>	受付印	完了印
受付印	完了印		