

※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（締め切り12月16日）**  
**東京都会場（日本消防会館）**

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 ( )	本協会からの送付先に指定された先にお送りします。(12月18日(金)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) <b>「A」</b> 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"/> 会費納入済 (会費免除含む) ※必要な会費を納めていること			
<input type="checkbox"/> 非構成員	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 公認心理師	<input type="checkbox"/> 1日受講 (15,000円) 必要な添付書類 (必須) <input type="checkbox"/> 登録証コピー (精神保健福祉士・公認心理師) or <input type="checkbox"/> 免許証コピー (歯科医師・看護師)	<input type="checkbox"/> 科目免除 (12,000円) 必要な添付書類 (必須) <input type="checkbox"/> 登録証コピー (精神保健福祉士・公認心理師) or <input type="checkbox"/> 免許証コピー (歯科医師・看護師) <input type="checkbox"/> 衛生管理者の免許証コピー	<b>「非構成員記入欄」「A」</b> をご記入ください。	

<b>非構成員記入欄</b>	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			

<b>A</b>	ストレスチェック実施予定等	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。 <input type="checkbox"/> 有 <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 従業員規模                         <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 50人以上 <input type="checkbox"/> 50人未満</li> </ul> </li> <li>2. 実施職場                         <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 自職場</li> <li><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)</li> </ul> </li> </ul> <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 ( )
	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ます。
	お弁当希望	<input type="checkbox"/> 注文する (研修会場では、ご注文のお弁当以外のお食事はできません)

**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 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	受付印	完了印