＊＊　大阪精神保健福祉士協会事務局　スーパービジョン研修　担当者行　＊＊

参加申込書　メール・FAX送信票　FAX06-6764-7839

申し込み締め切り　2月28日（土）まで

|  |
| --- |
| * 上記研修の参加を申し込みます。 |
| * あなたは大阪精神保健福祉士協会の　・会員である　　・非会員である |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| お名前 |  | 経験年数  　　　　　　　　　　年 |
| 所　属 |  | |
| 住　所 | 〒 | |
| 電話番号  （昼間連絡のつくもの） |  | |
| メールアドレス | ＠ | |
| 実習指導者講習の  受講歴 | * 実習指導者講習を受講したことがある（平成　　年） * 上記を受講したことがない | |
| 参加に向けて |  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

注）上記個人情報は、2014（平成26）年度SV研修の運営に使用いたします

[協会使用欄]

受講　　　可　　／　　否　　　　　　　　　　返信　　　月　　　日

大阪精神保健福祉士協会