大阪精神保健福祉士協会事務局キャリアアップ研修　担当者　行

受講申込書　メール・FAX送信票

申し込み期限　２月15日（月）迄　FAX06-6764-7839

下記申し込み用紙に必要事項をご記入の上、メールまたはFAXにて大阪PSW協会事務局キャリアアップ研修担当までご送付ください。

大阪PSW協会キャリアアップ研修メールアドレス：psw.cu2014osaka@gmail.com

（表題は「キャリアアップ研修申し込み」として下さい　※このE-mailは申し込み以外には使えません）

* グループワークを行う関係上、受講定員を30名としています。会員を優先して申し込み先着順で受け付けます。定員に達し次第、お断りする場合がありますのでご了解ください。
* 受講可否については**メールまたはハガキにてご連絡させていただきます**(一週間前までに何も届かない場合、表面問い合わせ先までお問い合わせください)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| お名前 |  | 経験年数  　　　　　　　　　　年 |
| 会員登録 | 大阪精神保健福祉士協会会員(いずれかにチェック)　☐会員　　☐非会員 | |
| 所属 |  | |
| 住　所 | 〒 | |
| 電話番号  （昼間連絡のつくもの） |  | |
| メールアドレス | ＠ | |
| 受講証の送付先  ※上記住所と違う場所を希望される場合、  こちらにお書き下さい | ・メールで可(できるだけこちらでお願いします)　・同上送付先で可　　・下記住所  〒 | |
| 参加に向けて…  普段連携での悩みや共有したいこと、簡単に教えて下さい |  | |

注）上記個人情報は、2015（平成27）年度キャリアアップ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