受講申込書・FAX送信票

申し込み期限　９月２５日（金）必着

FAX番号　０６-６７６４-７８３９

研修会名：大阪PSW協会事務局キャリアアップ研修

以下、該当するところに記入○をしてください

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望 | ・両日とも参加　　　・第1回（10月14日）のみ参加 |
| 大阪PSW協会の会員資格 | ・会員　　　　　　　・非会員 |

　あなたご自身の事についてご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| お名前御所属住所昼間の連絡先メールアドレス（できれば） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　経験年数　　　　　年　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 受講証の送付方法どちらかに〇※上記住所と違う場所を希望される場合、右にお書き下さい | ・メール希望　　・同上住所でハガキ希望〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 参加に向けて・・事例検討･研究の中で困っていること、悩み、共有したいことなど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

一般社団法人大阪精神保健福祉士協会