受講申込書・FAX送信票

申し込み期限　2017年11月4日（土）必着

ＦＡＸ番号　０６-６７６４-７８３９

研修会名：第３回　スーパーバイザー養成講座

上記研修の参加を申し込みます。以下はあなたご自身の事について全てご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| お名前  所属機関名  御所属住所  昼間の連絡先  メールアドレス | 経験年数　　　　　年    〒    ＴＥＬ  　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 受講動機 |  |

該当する項目にチェックをしてください

|  |
| --- |
| * SVRとして登録し活動したい * SVRとして登録し活動するかは考え中である * 過去の養成講座を受講している。 * 大阪精神保健福祉士協会への入会手続き中である。（　　月　　日頃送付） * 今後SVEを検討している |

注）上記個人情報は、2017年度「これプロ」事業のみに使用いたします。

[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