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