FAX送信するとき、送信面が裏表逆ではないか、確認ください

※再送の場合は、変更点を明記のうえ、いずれかに○をつけて送信してください　【　追加 ・ 変更 ・ 取消　】

|  |
| --- |
| **受講申込書**  **＜申込締切2024年1月29日　月曜日＞** |
| (公社)日本精神保健福祉士協会「基幹研修Ⅰ」（(一社)大阪精神保健福祉士協会　事務局）  **ＦＡＸ:０６－６７６４－７８３９** |

年　　月　　日発信

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 修了証書に使うため楷書でご記入ください。 | | | ふりがな | |  | | | | 性  別 |  | 年  齢 | 歳 |
| 勤務先機関名　※正式名称を記入ください。 | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先所在地（〒　　　　―　　　　　　　）※郵便番号は必ずご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | |
| ＴＥＬ |  | | | | | ＦＡＸ |  | | | | | | |
| 自宅現住所（〒　　　　―    資料送付希望先　　　　□　勤務先　・　　□　自宅 | | | | | | | | | | | | | |
| ＴＥＬ |  | | | | | TEL連絡希望先 | | | □　勤務先　・　□　自宅 | | | | |
| 参加  要件  該当する項目全てを☑してください | * 日本精神保健福祉士協会構成員 | | | | | | | | | | | | |
| 構成員番号（　　　　　　　　　　）★構成員番号は封筒の宛名ラベルに記載されています | | | | | | | | | | | | |
| * 大阪精神保健福祉士協会会員 | | | | | | | | | | | | |
| * その他【非構成員・（日本協会・大阪協会・両協会）に入会手続中】 | | | | | | | | | | | | |
| 共通テキスト  （第1版・第２版）の所持の有無（該当に☑してください）**購入履歴を確認します。譲り受けは一切できません。** | | □ | 第２版または改訂第２版（全１巻・Ｂ５版）を購入済 | | ⇒再購入不要です。  当日ご用意ください | | | ★ここに振込用紙を必ず添付ください  受講料（参加費1000円＋テキスト代：左記参照）の金額をご入金ください。  口座名義：大阪精神保健福祉士協会  **【別の銀行等の金融機関から、**  **ゆうちょ口座へ振り込む場合】**  ・銀行名：三菱UFJ銀行  ・店名：堺支店  ・預金種目：普通預金  ・口座番号０１４２０５９ | | | | | |
| □ | 第１版（全３巻・Ａ４版）を購入済 | | ⇒**1,500円**での販売  ※日本協会構成員のみ | | |
| □ | 持っていない、  または (公社)日本精神保健福祉士協会非構成員 | | ⇒**2,500円**での販売 | | |
| その他 | グループワークの班分けの参考として伺います  １．MHSWとしての経験年数（　　　　年）  ２．MHSW以外の経験年数（　　　　　年） | | | | | | |
| **※メールアドレス（必須）：ご記入ない場合受講できません**  **（丁寧に読み取れる字でご記入ください）** | | | | | | | |
| **ご記入にもれがないかご確認のうえ、ＦＡＸください。** | | | | | | | | | | | | | |

**＜個人情報の取り扱い＞**本研修申し込みにおいて得た個人情報は、本研修実施に伴う書類発送、研修の運営、研修評価に伴う調査の確認に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。この範囲を超えて利用する場合は、本人の同意を得た上で行います。

**※事務局記入欄**（以下は記入しないでください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付確認日：　　　　年 　月　 日　／　受講番号： | | |
| 受講の可否：　可　・　不可 | | |
| 入金　確認：　　　年　　　月　　　日 | | |
| 備考欄 | 受付印 | 完了印 |