

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 11 月 8 日（金） 必着＞
（公社）日本精神保健福祉士協会「基幹研修Ⅰ」（鹿児島県精神保健福祉士協会） F A X . 099-833-3168 一送り状不要一

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 ※受講決定通知などに使うため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。 都道 府県					
TEL	FAX				
自宅現住所（〒 — ）※ご自宅を参加証等の送付先としない方は記入不要。 都道 府県					
TEL	参加証送付先		<input type="checkbox"/> 勤務先・ <input type="checkbox"/> 自宅		
参加要件	<input type="checkbox"/> 日本精神保健福祉士協会構成員 構成員番号（0 — ）★構成員番号は封筒の宛名ラベルに記載されています				
該当する項目全てを☑してください	<input type="checkbox"/> 一般社団法人鹿児島県精神保健福祉士協会会員				
	<input type="checkbox"/> 他都道府県精神保健福祉士協会（ <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士資格を持っていない）				
	<input type="checkbox"/> その他（ — ）（ <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士資格を持っていない）				
共通テキスト（第1版・第2版または改訂第2版）の所持の有無（該当に☑してください）	<input type="checkbox"/> 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。当日お持ちください。		購入時期・方法※わかる範囲でご記入ください <input type="checkbox"/> 基幹研修受講 20 — 年 — 月 — 日 都道 府県 会場		
	<input type="checkbox"/> 第1版（全3巻・A4版）を購入済で第2版初購入⇒1,500円での販売です。※日本協会構成員のみ		<input type="checkbox"/> その他 —		
	<input type="checkbox"/> 持っていない（紛失による再購入を含む）、または（公社）日本精神保健福祉士協会非構成員		⇒2,500円での販売です		
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. ソーシャルワーカーとしての経験年数（ — 年）／ソーシャルワーカー以外の経験年数（ — 年）				
事務局への連絡事項					
ご記入にもれがないかご確認のうえ、FAXください（特に参加証送付先、オプション・その他）。					

＜個人情報取り扱い＞ 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	年 月 日				
受講の可否	可 ・ 不可	／ 受講決定通知の発送	月 日 発送		
入金確認	年 月 日	／ 受講番号 第	番		
備考欄				受付印	完了印