|  |
| --- |
| **受 講 申 込 書**  **＜申込締切：２０２０年１月２０日（月）＞** |
| 2019年度　一般社団法人北海道精神保健福祉士協会**専門研修** |
| **申込先　ＦＡＸ　　　０１１－２１５－０８１６**  **Email** [**psw-hokkaido@fuga.ocn.ne.jp**](mailto:psw-hokkaido@fuga.ocn.ne.jp)  FAXでの申込　　受講申込書に必要事項をご記入の上、鏡文不要でご送信ください。  Emailでの申込　北海道協会ホームページ（<http://www.psw-hokkaido.sakura.ne.jp/kensyu_menu.html>）から受講申込書を  ダウンロードし、必要事項をご記入の上、メールにデータを添付してご送信ください。 |

２０　　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 |  | | 年  齢 | 歳 |
| 勤務先機関名（学生の場合は学校名） | | | | | | | | |
| 連絡先（〒　　　　　―　　　　　　　　）※郵便番号は必ずご記入ください。 | | | | | | | | |
| ＴＥＬ | |  | | | ＦＡＸ |  | | |
| 参加  要件  該当する  項目☑を  入れて  ください | | | * 北海道精神保健福祉士協会会員   2019年度会費 □　納入済　　or　 □　納入予定（　　　月　　　日）  ※当年度までの会費納入は受講要件です。研修の申込締切日までにご納入ください。   * 精神保精神保健福祉士有資格者 * 精神保健福祉士を志望する学生 * 精神保健福祉に関心を持つ関係者・関係機関職員　等 | | | | | |
| 交流会 | | | □　参加します　　・　　□ 参加しません | | | | | |
| その他 | | | グループディスカッションの班分けの参考として伺います  PSWとしての経験年数（　　　　　年目） | | | | | |

**＜個人情報の取り扱い＞**本協会の個人情報保護方針および個人情報の保護に関する規程に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。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、研修評価に伴う調査および本協会会員データの確認に用い、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。

振込明細書　貼付欄

・FAX申込の場合には、ここに振込明細書をご貼付ください。

（コピーでも可。口座番号や残高等は消していただいて構いません）

・メール申込の場合は下記をご記入ください。

振 込 日　　　　　　　　　　月　　　　　日

振込者名

振込金額　　　　　　　　　　　　　　　　 円