

令和3年度 愛知県精神保健福祉士大会 参加申込書

FAX 送信先 FAX:052-684-6145(愛知県精神保健福祉士協会事務局)

ふりがな			
氏名			年齢 歳
勤務先	所属名		部署( )
	住 所 〒		
	TEL		
連絡先	勤務先と別の場合は、こちらに記載してください。		
	住 所 〒		
TEL			
1、愛知、岐阜、三重県精神保健福祉士協会 <input type="checkbox"/> 会員(参加費1,000円) <input type="checkbox"/> 非会員(参加費2,000円) (※1)			
2、精神保健福祉士としての経験年数 年 カ月 (※2)			
3、当日の参加者名簿に所属を <input type="checkbox"/> 載せる <input type="checkbox"/> 載せない (※3)			
4、Zoom招待、連絡用メールアドレス (数字とアルファベットの違い(例:数字の0(ゼロ)とアルファベットのo(オー) やハイフン( - ), アンダーバー( _ )の違い、大文字と小文字の違い)などを明確にご記入下さい。) メールアドレス: _____			

(※1)参加費の振り込みについては後日お申込みいただいた方にメールでお知らせいたします。

振り込み後にキャンセルされた場合の返金は致しかねますのであらかじめご了承ください。

(※2)経験年数は、グループワーク時のグループ分けの参考にさせていただきますので、必ずご記入ください。尚、ご記入いただいた個人情報は、今回の研修以外の目的で使用することはありません。

(※3) 当日資料として、参加者名簿を配布する予定です。原則お名前は掲載させていただきますが、所属につきましては、掲載の可否をお知らせください。

**愛知県精神保健福祉士大会 委員長より**

今年度の大会テーマは「わたし」の想い、そして「精神保健福祉士」としての Action です。

精神保健福祉士の個人の想いや専門性にとどまらず、今までおこなってきた実践や創造を共有することにより、知識や専門性を高め当事者の方々に対してより良い支援に繋げられるような機会になればと考えます。

**当研修会に関する お問い合わせ先(愛知県)**

令和3年度 愛知県精神保健福祉士協会 担当委員

〒492-8239 愛知県稲沢市奥田中切町38番地 いなほの家 担当委員 後藤

TEL:0587-24-3622 MAIL:taikai@aichi-psw.com