

参 加 申 込 書

愛知県・岐阜県・三重県 精神保健福祉士協会 平成27年度 初任者研修会

FAX : 052-795-1252 (守山荘病院 精神保健福祉課 宛)

* 番号のお間違えの無いようにお願い致します。

平成 年 月 日 発行

フリガナ			
氏名		男・女	年齢 歳 ※2
勤務先	名称 部署 ()		
	〒 住所 TEL		
連絡先	勤務先と別の場合は、〒・住所・TELを記載		
	〒 住所 TEL		
1、所属協会	<input type="checkbox"/> 愛知県会員 <input type="checkbox"/> 岐阜県会員 <input type="checkbox"/> 三重県会員 <input type="checkbox"/> 公益社団法人 日本精神保健福祉士協会のみ所属 <input type="checkbox"/> 静岡県会員 <input type="checkbox"/> 非会員 (※1)		
2、PSWとしての経験年数	年	ヵ月	(※2)
3、当日の参加者名簿に所属を	<input type="checkbox"/> 載せてよい <input type="checkbox"/> 載せない		(※3)
4、懇親会に	参加(3,500円) ・ 不参加 (○で囲んでください)		

(※1) 非会員の方は 参加費 3,000円 が必要です。

(※2) 年齢、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、所属および連絡先につきましては、掲載の可否を『参加申込書』にてお知らせください。

(※4) 会場の都合 (定員 60名) により、お断りすることがあります。

(※5) 災害・天候による開催状況の変更など、当日午前6時までには愛知県精神保健福祉士協会ホームページ (<http://aichi-psw.com/>) に掲載いたしますので、各自ご確認ください。