2019 年度 近畿 2 府 4 県 PSW 合同研修会　参加申込書

※ ネットでお申し込の方は、この FAX での申し込みは不要です。

ふりがな 氏　　名		これまでの研修参加 □第一回　□第二回　□第三回　□初参加
勤 務 先	（名称及び部署） 電話番号（　　－　　－　　）	職場がある府県
連 絡 先	（下記のいずれかに☑の上、日中連絡がつく連絡先をご記入ください。） □ 勤 務 先（再記入不要）　□ 携 帯 電 話　　□ 自 宅 ［　　－　　－　　］ ※ グループ分け等連絡事項が発生した場合に限り、こちらからご連絡をすることがあります。	
所　　属 ※該当するすべてに☑してください。	□ 滋賀県精神保健福祉士会　　□ 京都精神保健福祉士協会 □ 大阪精神保健福祉士協会　　□ 兵庫県精神保健福祉士協会 □ 奈良県精神科ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ協会　　□ 和歌山県精神保健福祉士協会 □ 他府県協会（　　）　　□ その他（　　） □ 公益社団法人 日本精神保健福祉士協会	
PSW としての経験年数	□ 医 療 機 関（約　　年）　□ 地　　域（約　　年） □ 行　　政（約　　年）　□ 教　　育（約　　年） □ 司　　法（約　　年）　□ そ の 他（約　　年） ※ 該当するすべてをご記入ください。　　合　　計（約　　年）	
希望するテーマ	希望のグループワークを第 3 希望まで右記より選択してください。 第 1 希望 / 第 2 希望 / 第 3 希望	A　精神科リハビリテーションについて B　ピア活動について C　精神保健福祉実践における連携・協働 ～マクロ・メゾ・ミクロの連携について～ D　面接技法について
運営側への連絡事項欄（当日までの問合せについてもこちらにご記入ください）		

※ この申込書に記載された個人情報は、本研修会を円滑に行うためのみに使用し、他の用途には使用致しません。但し、本研修会の目的に基づき、氏名・勤務先（電話番号を含む）および職場がある府県を記載した名簿を研修当日に配布致しますことをご了承ください。

（最後に…） 懇親会参加について	参加　・　不参加

送信票は不要です。下記の番号へ FAX してください。
もう一度記入漏れがないかご確認ください。

申 込 先：FAX 077-526-7803（医療法人藤樹会　障害者相談・生活支援センター やすらぎ）
申込期限：2019 年 10 月 18 日(金)　必　着