

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、いずれかに〇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2025年11月21日>

(公社)日本精神保健福祉士協会「基幹研修Ⅰ」(和歌山県精神保健福祉士協会)

FAX. 050-6865-4958

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

当日連絡がつく  
電話番号

※必ずご記入ください

メールアドレス

※必ずご記入ください

参加  
要件

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  
☑して下さい

和歌山県精神保健福祉士協会会員 ( 精神保健福祉士資格を持っていない)

その他 ( 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)  
の所持の有無  
(該当に☑して下さい)

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

第1版(全3巻・A4版)を購入  
済

⇒1,500円での販売です  
※日本協会構成員のみ

持っていない、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. PSWとしての経験年数 ( 年) / PSW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)。

※受講決定通知書をメールにてお送りしますので必ずメールアドレスの記入お願いします。

※事務局記入欄(以下は記入しないで下さい)

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

〈個人情報の取り扱い〉 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。