

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	<input type="checkbox"/> 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 ☑してください	<input type="checkbox"/> 和歌山県精神保健福祉士協会会員（ <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士資格を持っていない）				
	<input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> 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☑してください）	<input type="checkbox"/> 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				
	<input type="checkbox"/> 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				
	<input type="checkbox"/> 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をお願いします。					

＜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。

※事務局記入欄（以下は記入しないでください）

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