

平成30年度 愛知県精神保健福祉士大会	参加申込書
FAX 送信先	FAX: <u>0566-21-3536</u> (刈谷病院 PSW 部)

ふりがな		男 ・ 女	年齢	歳 (※1)
氏名				
勤務先	所属名	部署もしくは職種()		
	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		☐ 会員	☐ 非会員	
2、PSW 経験年数		年	ヵ月	(※1)
3、当日の参加者名簿に所属を		☐ 載せる	☐ 載せない (※2)	

参加形態(参加希望に○印)※参加費は当日徴収させていただきますので、お釣りのないようお願い致します。

		3 県精神保健福祉士協会会員		非会員	
		○印	参加費	○印	参加費
全日程参加			14,000 円		16,000 円
部分 参加	1 日目 研修		4,000 円		5,000 円
	宿泊・情報交換会(※3)		11,000 円		12,000 円
	情報交換会		6,000 円		7,000 円
	2 日目 研修		3,000 円		4,000 円
合計金額			円		円
1 日目 実践報告会(※4)		第 1 希望	第 2 希望	第 3 希望	
2 日目 分科会 (※4)		第 1 希望	第 2 希望	第 3 希望	

(※1) 年齢や経験年数は、大会時点のものをご記入ください。なお、ご記入いただいた個人情報は、今回の研修以外で使用することはありません。

(※2) 当日資料として、参加者名簿を配布します。原則、お名前は記載させていただきますが、所属及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。

(※3) 「宿泊・情報交換会」のみの参加は出来ません。必ず 1 日目か 2 日目の研修と併せてお申込みください。

(※4) 1 日目実践報告会及び 2 日目分科会の希望をプログラムの中から、第3希望までご記入ください。(全日程参加の方もご記入ください。) 記入のない場合は、主催者で振り分けをさせていただきます。