|  |
| --- |
| **2021年10月10日　基幹研修Ⅰ　受講申込書 ＜申込締切　2021年8月31日＞** |
| 申込先　愛知県精神保健福祉士協会　基幹研修Ⅰ担当  **a.mhsw.kikan2021@gmail.com** |

年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | |
| ＴＥＬ |  | | | | 参加証送付先 | | □　勤務先・□　自宅 | | | |
| メールアドレス | | ※必ずご記入ください。 | | | | | | | | |
| 本研修当日に  連絡のつく電話番号 | | ※必ずご記入ください。 | | | | | | | | |
| 参加  要件  該当する項目  全てを☑して  ください | * (公社)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 | | | | | | | | | |
| * (一社)愛知県精神保健福祉士協会会員　　　□岐阜県精神保健福祉士協会会員 * 三重県精神保健福祉士協会会員 | | | | | | | | | |
| * 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☑してください） | | | □　第２版または改訂第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。 | | | | 購入時期・方法※わかる範囲でご記入ください  □ 基幹研修受講  20　　　 年　　　　　　 会場  □ その他 | | | |
| □　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 | | | | | | | | | | |

**＜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。

※ 本申込書は(一社)愛知県精神保健福祉士協会ホームページ（http://aichi-psw.com/）からダウンロードできます。

申込書を添付してメール送信するか、上記の各項目欄を参照して必要事項（①～⑪）をメール本文へ記入し送信してください。

①氏名・ふりがな・性別・年齢 ②勤務先機関名 ③勤務先の郵便番号・所在地・TEL・FAX

④自宅の郵便番号・住所・TEL ⑤参加証送付先 ⑥メールアドレス

⑦研修当日の連絡先TEL ⑧該当する参加要件

⑨共通テキスト（第1版・第2版）の所持の有無 ⑩PSWとしての経験年数・PSW以外の経験年数

⑪事務局への連絡事項