

参加申込書

申込先 : 一社) 愛知県精神保健福祉士協会 スーパービジョン普及委員会 宛
E-mail → aichisv2020@gmail.com

① 氏名・年齢		歳
② 勤務先	名称	
	住所	
③ 連絡先電話番号		
④ メールアドレス	(メールアドレス先に返信いたしますのでお間違のないようお願いいたします)	
⑤ 経験年数	年	
⑥ スーパービジョンに関する疑問や、当日学びたいことがあればお書き下さい		

【参加費振込先】

銀行名：あいち知多農業協同組合（6531） 支店名：東栄支店（260）
種類：普通 口座番号：0091902 口座名義：一般社団法人愛知県精神保健福祉士協会

申込・参加費振込期限：2021年8月27日（金）18時まで

- *メールでの申し込みの際、件名は『SV研修参加申込』と入れて下さい。上記①～⑥の各項目をご記入いただき送信してください。
- *申込後、参加費の振込を上記期限までに【参加費振込先】へお願いいたします。
- *申し込み締め切り後、入金を確認できた方に開催日4日前をメドに参加申込書記載のメールアドレスに「当日の招待メール」をお送りします。期日までに「招待メール」が届かない場合には、下記のお問合せ先にご連絡下さい。
- *入金後、ご連絡なく欠席された場合は、参加費の返却は致しません。また、参加者側の通信障害、通信機器の不具合による未受講については返金いたしませんのでご了承ください。入金後、欠席の連絡をいただいた方については次回への振り替えのご相談に応じます。
- *災害・天候などによる開催状況の変更があった場合には、申込書掲載のアドレスへご連絡します。あわせて研修会前日までに協会ホームページ(<http://aichi-psw.com/>)にも掲載致します。各自でご確認ください。

～お問い合わせ・連絡先～

西山クリニック デイケア 電話：052-771-1656（担当：内藤）

※当日連絡先：愛知県精神保健福祉士協会事務局：052-684-6148（担当：中村）