

# 令和4年度 愛知県精神保健福祉士大会 参加申込書

申込先	Email <u>taikai@aichi-psw.com</u> FAX <u>052-684-6145</u> (愛知県精神保健福祉士協会事務局) ※ 可能な方は、Email での申込みにご協力をお願いいたします Email で申込み場合は、①～⑦をもれなくお知らせください
-----	--

①氏名・年齢	(ふりがな)  年齢 才 ※大会開催時点
②精神保健福祉士としての経験年数	年 月 日 ※ 大会開催時点。経験年数は実践報告会のグループ分けの参考にさせていただきます
③所属機関	(所属機関名) (勤務部署) (所属機関所在地) 〒 -
④本研修に関する連絡先(個人・所属いずれかに☑)	(電話番号) <input type="checkbox"/> 個人 ・ <input type="checkbox"/> 所属に同じ(電話番号記入不要) ( ) - (Zoom招待・連絡用メールアドレス) ※ 数字とアルファベットの違いを明確にご記入ください 例:数字のゼロ(0)・アルファベットのオー(o)、ハイフン(-)・アンダーバー(_)、大文字・小文字等 @
⑤協会所属(いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 会 員 (参加費 1,000 円) (愛知県・岐阜県・三重県)精神保健福祉士協会 <input type="checkbox"/> 非会員 (参加費 3,000 円)
⑥名簿への所属掲載(いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 載せる ・ <input type="checkbox"/> 載せない ※ 「載せる」を選択した場合、当日配布予定の参加者名簿に所属機関名(③)を掲載します
⑦参加方法(いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> オンライン(Zoom)希望 ・ <input type="checkbox"/> 対面・オンラインどちらでも可 ※ 「対面・オンラインどちらでも可」を選んだ場合、対面参加の前提でご案内しますが、新型コロナウイルス感染症の感染状況により、対面参加を中止(オンライン参加に変更)する可能性があります。ご了承ください

※ ご記入いただいた個人情報は、本研修以外の目的で使用することはありません