|  |
| --- |
| **受講申込書　　＜申込締切令和４年１０月２３日（日）＞** |
| **(**公社)日本精神保健福祉士協会「基幹研修Ⅰ」（一般社団法人埼玉県精神保健福祉士協会）  Mail**:**info@saitama-psw.jp |

**＜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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | | | | | | | | | |
| メールアドレス |  | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | |  | | | | | | |
| 本研修に係る  ご連絡先電話番号 | | | □　勤務先　・　□　自宅 | | | 資料等送付先 | | □　勤務先　・　□　自宅 | | | | |
| 参加  要件  該当する項目全てを☑してください | | | * 日本精神保健福祉士協会構成員（構成員番号：　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| * 埼玉県精神保健福祉士協会会員 | | | | | | | | | |
| * その他（　　　　　県協会会員　・　所属なし　　　) | | | | | | | | | |
| 共通テキスト  所持の有無 | | | □ | 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。講義や演習時に  お手元にご用意ください | | | | | |
| □ | 第１版（全３巻・Ａ４版）を購入済、かつ日本精神保健福祉士協会構成員 | | | ⇒**1,500円**での販売です | | | | | |
| □ | 持っていない、  または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 | グループディスカッション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以外の相談業務経験年数（　　　年）   ②現在の勤務領域　（　行政　・　医療　・　地域生活支援　・　就労　・  その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 事務局への連絡事項 | | | | | | | | | | | | |