

受講申込書 <申込締切令和6年1月12日(金)>

(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:saitama-mhsw@outlook.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。 都道府県					
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。 都道府県					
TEL					
本研修に係る ご連絡先電話番号	<input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅	資料等送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅		
参加要件 該当する項目全てを☑してください	<input type="checkbox"/> 日本精神保健福祉士協会構成員 (構成員番号:) <input type="checkbox"/> 埼玉県精神保健福祉士協会会員 <input type="checkbox"/> その他 (県協会会員 ・ 所属なし)				
共通テキスト 所持の有無	<input type="checkbox"/> 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				
	<input type="checkbox"/> 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				
	<input type="checkbox"/> 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				
懇親会	<input type="checkbox"/> 参加 ・ <input type="checkbox"/> 不参加 ⇒当日に最終確認いたします。				
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 ② MHSW としての経験年数 (年) / MHSW 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					