

F A X 送信先. 099-833-3168

FAX 送信時、送信面が裏表逆ではないか、ご確認ください

※再送の場合は、変更点を明記のうえ、いずれかに○をつけて送信してください（追加・変更・取消）

（公社）日本精神保健福祉士協会「基幹研修Ⅱ」 （鹿児島県精神保健福祉士協会）
受講申込書 <申込締切 2025 年 10 月 26 日（日）>

年 月 日 発信

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
日本精神保健福祉士協会 構成員番号	★構成員番号は封筒の宛名ラベルに記載されています （※受講要件 入会 3 年度経過：000001～020271 まで）				所属支部	県			
受講要件について 該当に☑をお付け下さい	☐ 基幹研修Ⅰ受講修了済 ☐ 2008 年度読み替え認定（基幹Ⅰまで）								
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									
T E L					F A X				
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									
T E L					参加証送付先		☐ 勤務先 ・ ☐ 自宅		
共通テキスト （第 1 版・第 2 版 または改訂第 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			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 都道府県 会場 ☐ その他				
		☐ （全 1 巻・B 5 版）を購入済 ⇒再購入不要です。当日お持ちください							
		☐ 第 1 版（全 3 巻・A 4 版）を購入済 ⇒1,500 円での販売です							
		☐ 持っていない （紛失による再購入を含む）			⇒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. ソーシャルワーカーとしての経験年数（ 年）／ソーシャルワーカー以外の経験年数（ 年）								
事務局への連絡事項									
ご記入にもれがないかご確認のうえ、F A X ください（特に参加証送付先、オプション・その他）。									

<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。

※事務局記入欄（以下は記入しないでください）

受付確認	年 月 日				
受講の可否	可 ・ 不可	／	受講決定通知の発送	月 日 発送	
入金確認	年 月 日	／	受講番号 第	番	
備考欄				受付印	完了印