令和元年度　日本福祉教育専門学校　　精神保健福祉士実習指導者講習会

受講申込書

※申込期間：12/18～2/14（必着）　FAX:03-3205-1610

1　申し込み年月日	令和　　年　　月　　日		
2　お名前※ 精神保健福祉士登録証と同じ氏名をお書きください。	フリガナ 氏	フリガナ 名	3　性別 男・女
4　生年月日※	19　　年（昭和・平成　　年）　　月　　日		
5　ご自宅住所及び連絡先※	〒		
	TEL:	FAX:	
	携帯:	E-mail:	
6　精神保健福祉士の登録年及び登録番号※	登録年：平成　　年　　月　　日		7　精神保健福祉士登録証の写しを必ず添付してください。 □※チェック
	登録番号：第　　号		
8　ご勤務先	法人名称		
	施設名		
	部署職名		
	所在地	〒	
	電話番号	tel	
	種別	1）医療機関　2）行政機関　3）地域の事業所 4）その他の実習指定施設（　　） 5）実習指定施設以外（　　）6）勤務先なし	
9　受講決定通知等の送付先	※いずれかに☑をご記入ください。 □　ご自宅　・　□　ご勤務先		
10　本講習会にかかる連絡先	※いずれかに☑をご記入ください。 □　ご自宅　・　□　ご勤務先　・　□　携帯電話		
11　精神保健福祉士としての実習指導のかかわり	□現に実習を指導している、または指導経験有り 資格取得後の実習指導経験年数　　年		
	□実習指導の経験はない		
12　資格取得後の実務経験の年数	＿＿＿＿年		
13　日本福祉教育専門学校の精神保健福祉士実習の受け入れについて	※いずれかに☑をご記入ください。 □受け入れている・□受け入れていない・□今後検討できる □不明・□その他（　　）		
14　日本福祉教育専門学校卒業生等確認　※PSW以外の場合には（　）に学科名記入。	平成　　年卒業・修了　通学部（　　）・通信教育部		
15　受講費用の支払について	※いずれかに☑をご記入ください □受講者個人負担　□所属法人負担		
16　その他(要望・連絡事項) ※受講上の配慮など、具体的にお書きください。			

※2、4、5、6の項目は、修了証にそのまま記載されます。

記入間違いのないように、太枠内を正確にご記入ください。