

受講申込書

※申込期間:12/11~2/15(必着) FAX:03-3205-1610

1 申し込み年月日	平成 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	フリガナ	3 性別
	氏	名	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。 <input type="checkbox"/> ※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。 <input type="checkbox"/> ご自宅 ・ <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> ご自宅 ・ <input type="checkbox"/> ご勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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		
	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 受け入れている・ <input type="checkbox"/> 受け入れていない・ <input type="checkbox"/> 今後検討できる <input type="checkbox"/> 不明・ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 受講者個人負担 <input type="checkbox"/> 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。