

FAX 送信するとき、送信面が裏表逆ではないか、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）

受講申込書						
＜申込締切 2026 年 10 月 29 日（木）＞						
(公社) 日本精神保健福祉士協会「基幹研修Ⅰ」(鹿児島県精神保健福祉士協会)						
メール kenshu-psw@kagoshimapsw.or.jp F A X 099-833-3168						
年 月 日 発行						
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 ※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						
自宅現住所（〒 — ）※ご自宅を修了証等の送付先としない方は記入不要。 都道 府県						
TEL			修了証等送付先		☐ 勤務先・ ☐ 自宅	
メールアドレス		※必ずご記入ください。研修事務局からの連絡はメールでご連絡いたします。				
本研修当日に 連絡のつく電話番号		※必ずご記入ください。				
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（0 — ）★構成員番号は封筒の宛名ラベルに記載されています					
	☐ 一般社団法人鹿児島県精神保健福祉士協会会員					
	☐ 他都道府県精神保健福祉士協会（ ☐ 精神保健福祉士資格を持っていない）					
	☐ その他（ — ）（ ☐ 精神保健福祉士資格を持っていない）					
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 （全1巻・B5版）を購入済 ⇒再購入不要です。当日お持ちください。		購入時期・方法※わかる範囲でご記入く ださい		
		☐ 第1版（全3巻・A4版）を購入済 ⇒1,500 円での販売です。※日本協会構成員のみ		20 — 年 — 月 — 日 都道府県 会場		
		☐ 持っていない（紛失による再購入を含む）、または （公社）日本精神保健福祉士協会非構成員		⇒2,500 円での販売です		
通信環境		☐ パソコン ☐ タブレット ☐ スマートフォン				
その他		グループワークの班分けの参考として伺います 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、FAX ください（特に修了証送付先、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
入金確認	年 月 日
備考欄	

