

申込書

☑を入れる

ふりがな 参加者氏名	
区分	<input type="checkbox"/> 県協会会員 *新潟県精神保健福祉士協会会員の方 <input type="checkbox"/> 一般 *県協会会員以外の方
お立場	<input type="checkbox"/> 一般 () <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 行政職員 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス事業所等職員 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等職員 <input type="checkbox"/> 学生
連絡先	※日中に連絡がつくところをご記入ください
住所	<input type="checkbox"/> 新潟市 <input type="checkbox"/> 下越地域 (新潟市を除く) <input type="checkbox"/> 中越地域 <input type="checkbox"/> 上越地域 <input type="checkbox"/> その他 ()
参加内容	<input type="checkbox"/> 特別講演・映画上映会への参加 <input type="checkbox"/> 特別講演のみ参加 <input type="checkbox"/> 映画上映会のみ参加 <input type="checkbox"/> 総会 (県協会会員のみ)

上記は必ずご記入ください。未記入がありますと受付出来ません。

配慮等が必要な方は 内容をご記入ください	
-------------------------	--

<受講証について>

発行はいたしませんのでご理解の程、宜しくお願い致します。

<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、研修運営や研修評価に伴う調査および本協会会員データの確認に用い、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。ウェブ上で本研修を掲載させていただきます。利用については適正に行います。