

精神保健福祉士実習指導者講習会受講申込書

申込日 平成 年 月 日

【受講希望回】 ※ご希望の日程をご記入ください。※日程はパンフレットをご参照ください

第 回	キャンパス	1日目	2日目
		年 月 日	年 月 日

(フリガナ) 氏 名			(男 ・ 女)
生年月日	昭和 ・ 平成	年 (西暦 19 年)	月 日 (歳)
(フリガナ) 自宅住所	〒 -		
連絡先 電話番号	自 宅		
	携 帯		
勤務先	法人名		
	施設名		
	施設種別		
	職種		
	所在地	〒 -	
	TEL		
	FAX		
申込完了案内送付先	<input type="checkbox"/> 自 宅	<input type="checkbox"/> 勤務先	※記入がない場合は自宅へお送りします。
実習指導歴	<input type="checkbox"/> 現に指導を行っている (年間)	<input type="checkbox"/> 今後指導を行う予定	
精神保健福祉士登録について	登録年月日	平成	年 月 日
	登録番号	第	号 ※精神保健福祉士登録証の写し(コピー)を添付してください。
相談援助業務年数 (資格取得後)	資格取得後 年間 (登録年月日以降の年数)		

割引摘要欄

本校における実習生受け入れの状況 (¥9,500)	<input type="checkbox"/> 現在実習施設として契約している。 <input type="checkbox"/> 今後実習施設として契約可能である。 ※可能な場合、下記に記入又は押印ください。
※割引対象は、今後実習受け入れが可能な施設であって、施設所在地が関東・甲信越地方の場合に限ります。	下記施設は当講習会修了後、専門学校高崎福祉医療カレッジ精神保健福祉士養成課程における実習施設として、実習生を受け入れることを承諾します。 法人名： 施設名： 代表者： 印
本校生・修了生割引 (¥9,500)	受講講座：平成 年度 ()

学校使用欄

アンケート	受付日	受付者	受講通知 / 郵送・手渡し
受講生番号			決定回 第 回 (会場:)