

精神保健福祉士実習指導者講習会受講申込書

申込日 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

※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。

(フリガナ) 氏 名		
	(男 ・ 女)	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 (西暦 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	
受講料支払い方法について ※法人でのお支払いの場合は、 請求書をお送りします。	☐ 個人	
	☐ 法人 (請求書の宛名)	
請求書の請求日 ※空欄を希望する場合は✓を入れてください	☐	
メールアドレス ※こちらに記載されたアドレスに、 受講案内等をお送りします。		
実習指導歴	☐ 現に指導を行っている (年間) ☐ 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 ・ 令和 年 月 日
	登録番号	第 号
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)	

本校における実習生受け入れ (¥10,450) ※対象は、現在また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 東北・関東・甲信越地方の場合に限ります。	☐ 現在実習施設として契約している。	
	☐ 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。 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：	職印
藤仁館グループ本校生・修了生 (¥10,450)	☐ 受講講座： 年度 ()	

上記に□のない場合は、¥16,500となります。

学校使用欄

アンケート		申込処理日	申込処理者	各校受付者	☐ 高崎本校へ FAX済み
受講生番号		/			☐ 席取り表 更新済み