**ＦＡＸ：０２４－９２６－１０６１**

針生ケ丘病院　松本マチ子　宛

平成27年度福島県精神保健福祉士会　基幹研修Ⅰ・会員研修会　出欠連絡票

所属機関名：

氏　　　名：

　　　経験年数　　：　　　　　　　　　年　　　　　　　　　　　　ケ月

　　　　参加の種別: 基幹研修Ⅰ　　　　　　会員研修

 参加要件：

　　・基幹研修Ⅰ…□ １．　日本協会構成員(構成員番号：　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　 □２．　福島県精神保健福祉士会会員

　　　・会員研修…□　日本協会構成員以外の方

　　参加の日程: □宿泊(全日程参加、懇親会、朝食昼食代込み)　10，000円

 　□日帰り(2日間参加、2日目の昼食代込み) 　　　1,500円

　　　　　　　　　　□日帰り(1日目のみ参加)　　　　　　　　　　　　　　　　　500円

 □日帰り(1日目のみ、懇親会参加)　　　　　　　　　　5，500円

 □日帰り(2日目のみ参加、昼食代含む)　　　　　　　1，000円

共通テキスト（第1版・第２版）所持の有無（該当に☑してください）

□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

□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

□持っていない、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

 振込金額: 合計

※　お振込金額を3月4日までにお振り込み下さい。　　[振込先]　福島銀行　郡山営業部

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　店番220　　口座番号1458733　　事務局　阿部和紀

※本出欠連絡票は、ご希望の内容の□にチェックをし、平成28年2月29日(月)までにFAXで送信して下さい。

　 [問い合せ] 福島県精神保健福祉士会研修担当

　　　　　　　　 針生ケ丘病院　松本マチ子　TEL・FAX: 024-926-1061