

# 受講申込書・ファックス送信票

一般社団法人東京精神保健福祉士協会 被保護精神障害者地域生活移行・定着支援普及推進事業  
平成29年度第3回研修会「地域に“住まう”を考える～被保護精神障害者の居住支援～」事務局宛

FAX 03 - 6233 - 9624 申込締切 12月5日(火)

平成29年 月 日 発信

氏名 (ふりがな)	役職 (名称)
所属 (機関部課名) *参加者名簿等にて使用します。正式名称をご記入ください。	
勤務先所在地 (〒 - ) *郵便番号を必ずご記入ください	
TEL	
参加要件 *該当するものに1つ☑をつけてください(「⇒」以降は、意見交換におけるグループ分けの参考として伺います)	
要件1	<input type="checkbox"/> 地区担当員 (生活保護ケースワーカー)
要件2	<input type="checkbox"/> 査察指導員 <input type="checkbox"/> 自立支援プログラム担当者 <input type="checkbox"/> その他の福祉事務所職員
要件3	<input type="checkbox"/> 福祉事務所の専門支援員 ⇒ <input type="checkbox"/> 健康管理支援員 <input type="checkbox"/> 退院推進員 <input type="checkbox"/> その他 ( )
要件4	<input type="checkbox"/> その他の行政機関 (障害福祉部署、精神保健福祉部署 (保健所等)) の職員 ⇒ <input type="checkbox"/> 障害福祉所管部署 <input type="checkbox"/> 精神福祉所管 (保健所等) 部署 <input type="checkbox"/> その他 ( )
要件5	<input type="checkbox"/> 保護施設の職員 ⇒ <input type="checkbox"/> 救護施設 <input type="checkbox"/> 更生施設
要件6	<input type="checkbox"/> 被保護精神障害者の地域移行・地域生活支援を行う現任の精神保健福祉士等 ⇒ <input type="checkbox"/> 精神科医療機関 <input type="checkbox"/> 総合支援法内事業所 <input type="checkbox"/> その他 ( )
お持ちの資格について	<グループ分けの参考として伺います> 1. 現職 (職種) の経験年数 ( 年 ヶ月 ) ・ 生活保護での経験年数 ( 年 ヶ月 ) 2. 取得している資格を教えてください <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士* <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">*精神保健福祉士を持っている方は、該当するものに☑をつけてください</div> <input type="checkbox"/> (一社) 東京精神保健福祉士協会々員 <input type="checkbox"/> (公社) 日本精神保健福祉士協会構成員
その他	<講義、意見交換等の資料作成のために伺います> これまで被保護精神障害者の居住設定の際に、重要視したことはなんですか (3つまで回答可)。 <input type="checkbox"/> 被保護者の意思や希望 <input type="checkbox"/> 病状 <input type="checkbox"/> 生活能力 <input type="checkbox"/> 単身生活の経験の有無 <input type="checkbox"/> 支援体制の有無 <input type="checkbox"/> 関係者の意見 <input type="checkbox"/> 主治医の判断 <input type="checkbox"/> その他 ( )

<個人情報の取扱い>本研修の申込みにおいて得た個人情報は、本研修実施に伴う研修運営、研修評価に伴う調査に用いるものとします。

この利用目的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 (右欄は記入しないでください) 受付確認 月 日 受講可否 可・不可 受講番号 番