

第2回予防医学メンタルヘルス相談士研修会前期（基礎編） 受講申込書

必要事項を記入後、写真添付の上、郵送にてお申込み下さい。

送付先： 〒601-8407 京都市南区西九条寺ノ前町2-4

(社) 日本予防医学会 予防医学メンタルヘルス相談士研修会 担当宛

FAX 075-693-8885 メール info@jspm.jp.net

受付後10日（土日祝日除く）以内に、郵送にて詳細をお知らせいたします。
事務局より連絡がない場合は、お手数ですがご連絡下さい。
電話 075-662-8860

申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ				写真貼付 縦3.0cm× 横2.4cm 裏面に氏名記入	会員について	
氏名					学会員 ・ 今回入会を希望	
性別	男 ・ 女				会員番号（学会員のみ）	
生年月日	19 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
予防医学指導士（希望者含む）の方は 右記質問にお答え下さい。 <input type="checkbox"/> にしで、ご記入ください。				<input type="checkbox"/>	研修会の単位取得のみ希望 研修会の単位取得と予防医学メンタルヘルス相談士の資格登録 を希望	
ご連絡先	〒 _____					
	電話 (必須)				FAX	
	メール アドレス	※連絡が取れるメールアドレスの記載をお願いいたします。				
	勤務先				資格 お持 ちの	
社会における活動等						
年 月	事項					

受付番号		受講料確認	
受講料	円	発送日	

<学会記入欄>