

東京精神保健福祉士協会入会申込書

申込年月日 西暦 年 月 日

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	西暦 年 月 日	

事務局処理欄(以下の欄は記入しないでください)

受付	年 月 日
入金	年 月 日
承認	年 月 日
事務処理番号	

精神保健福祉士資格 ※登録証写しの添付必須	有 ・ 無
--------------------------	-------

所属機関	名称	フリガナ		
	〒	TEL	FAX	
	住所	都道府県		
	e-mail			
業種	ご自身の所属機関の部署等、従事されている内容についてお書き下さい。 →該当する分野に○(医療・地域・行政・産業・司法・教育・他)			
自宅	〒	TEL	FAX	
	住所	都道府県		
	e-mail	携帯電話		
入会のきっかけに○をつけてください →①紹介 ②研修等への参加 ③ホームページを見て ④その他()		ニュースレター等郵送物送付先 ご自宅・所属機関		
自己PR	関心のある分野などについてお書きください		日本精神保健福祉士協会への加入 入会 ・ 未加入	
			ニュースレターへの新規入会者掲載について <input type="checkbox"/> 上記へお名前とご所属の掲載を希望しない場合は、左のボックスにチェックを入れてください。	

入会申込の諸注意

- ※1 太枠部分はずべてご記入ください
- ※2 同書に以下を添付のうえ、協会事務局までお送りください。
 - ① 精神保健福祉士登録証のコピー(A4サイズに縮小)
 - ② 年度会費・入会金の払込受領証のコピー
- ※3 入会申込書で得た情報は、会員名簿にて協会事務局において管理致します。
また、お名前と所属先は、2年に一度公示する役員選挙における被選挙人名簿で使用します。