

東京精神保健福祉士協会入会申込書

一般社団法人 東京精神保健福祉士協会 入会申込書

※太枠の中は全てご記入下さい

申込年月日 年 月 日

(元号でお書きください)

フリガナ		性別
氏名		男 ・ 女
生年月日 年 月 日 (元号でお書きください)		
精神保健福祉士資格 (※2)	有 ・ 無	

事務局処理欄(※1)

受付	年 月 日
入金	年 月 日
承認	年 月 日
事務処理番号	

所属機関	フリガナ			
	名称			
	〒	TEL	(内)	FAX
	住所	(都道府県からお書きください)		
	e-mail			
種別	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・教			
自宅	〒	TEL	FAX	
	住所	(都道府県からお書きください)		
	e-mail	携帯電話		
所属機関の連絡先を掲載 (※3) (する ・ しない)		ニュースレター等郵送物送付先 (自宅 ・ 所属機関)		
自己PR関心のある分野などをお書きください	日本精神保健福祉士協会加入 入会 ・ 未加入			
	入会についてニュースレターにお名前掲載を希望しない場合はチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> (※4)			

入会申込書記入の際の注意

- ※1 事務局処理欄には何も記入しないで下さい。
- ※2 申込書に併せて、精神保健福祉士登録証のコピー(A4サイズに縮小して)と会費・入会金の払込受領証のコピーを添付してください。
- ※3 今後、会員名簿を作る際にお伺いします。
- ※4 これまで新規入会者のお名前と所属をニュースレターに掲載しておりましたが、今後は可否についてお伺いいたします。