

FAX 送信先 03-6233-9624 (東京 PSW 協会事務局)

1:第5回(一社)東京精神保健福祉士協会総会に  
出席/欠席 致します。

会員番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

<委任状>

都合により欠席しますので(\* \_\_\_\_\_)殿に委任致します。  
2018年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

\*「当日参加する人で議決を委ねる人の氏名」又は「代表理事」と書くこと。「議長」と書いた場合は無効になるので「議長」とは書かない  
ください。

2:第14回(公社)日本精神保健福祉士協会  
東京都支部総会に出席/欠席 致します。

日本精神保健福祉士  
協会構成員番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

<書面表決書>

2018年6月2日(土)開催の第14回(公社)日本精神保健福祉士  
協会東京都支部総会を欠席するため、下記の通り書面により表決  
します。

2018年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

第1号議案 承認 ・ 不承認 \_\_\_\_\_

第2号議案 承認 ・ 不承認 \_\_\_\_\_

第3号議案 承認 ・ 不承認 \_\_\_\_\_

※それぞれの議案につき、承認・不承認のいずれかに○をつけてください。

※未記入の場合、承認として取り扱いますので御了承ください。

※議決には東京都支部会員の過半数の承認が必要になりますので、ご協力をよろしく  
お願いします。