

入会申込書

一般社団法人愛知県精神保健福祉士協会の目的に賛同し、入会を申し込み致します。

申込年月日 令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	昭和・平成	年	月 日
精神保健福祉士 登録番号・年月日		第	号	年	月 日
(公社)日本精神保健福祉士協会		構成員番号:23-		一申請済(申請日 年 月 日)	
所属機関	フリガナ				
	名称				
	住所	〒 -			
	連絡先	TEL: FAX: メール: @			
	種別	1. 医療機関 2. 障害福祉サービス事業所 3. 行政機関 4. 高齢者対象施設など 5. 福祉関係施設など 6. 教育・研究機関 7. その他() 8. 所属なし			
自宅	住所	〒 -			
	連絡先	TEL: FAX:			
資料送付先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属機関			
会員名簿に自宅住所の記載を <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない (自宅会員のみ記入して下さい)					
職歴	年 月～				
	年 月～				
	年 月～				
	年 月～				
	年 月～				
本協会では県内を7つのブロックに分けて、ブロック毎にメーリングリストを構築しています。平時はブロック例会等の連絡手段として活用し、災害時には可否確認及び救援要請等に活用します。同意にチェックを入れて頂きEメールアドレスの記入をお願い致します。後日、メーリングリスト管理者(ブロック理事)が登録します。※メーリングリストに送信しますと、同ブロック内の登録会員全員にアドレスが分かっしまいますので、知られても良いアドレスでの登録をお願いします。					
<input type="checkbox"/> メーリングリストの登録に同意します。		E-mailアドレス		@	

※「精神保健福祉士登録証」の写しを添付の上、事務局まで郵送またはFAXにて申し込み下さい。(送信状不要)

※個人情報に関する内容は、会員管理目的以外では使用しません。

【一般社団法人愛知県精神保健福祉士協会 事務局】

〒460-0022

愛知県名古屋市中区金山1丁目2番24号ロンシャン金山502号

TEL:052-684-6148/FAX:052-684-6145

※事務局処理欄

承認	入力	通知