

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～		
e-mailアドレス	※地区ブロックごとのメーリングリストに登録するアドレスになります。職場の代表アドレスのように、非会員が閲覧できるアドレスは登録できません。個人アドレスの記載をお願い致します。 @		
ご入会にあたり一言お願いします(任意) ※会報に掲載させていただきます。			

※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