記入年月日 ： 西暦 20 年 月 日

広島県精神保健福祉士協会 入会申込書

広島県精神保健福祉士協会 会長 様

私は貴会の目的に賛同し入会を希望します。

※下記登録事項に変更等があった場合は速やかに変更届を提出して下さい。

フリガナ		性別	生年月日			年齢
氏名		男・女	西暦	年 月 日		歳
精神保健福祉士国家資格	有 ・ 無					
受験資格取得学校名	（卒業年； 年卒）					
公益社団法人日本精神保健福祉士協会に入会を	□している □していない □する予定					
PSW経験年数	年 【左記以外で精神医療福祉分野での経験年数 年】					
所属機関（法人名等正式名称をご記入下さい） 名称	フリガナ	種別				
		□医療機関 □ 障害者福祉サービス事業所等（ Ex. 作業所、居宅介護支援事業所） □行政機関（ Ex. 市役所） □教育機関（ Ex. 専門学校） □その他（ ）				
部署						
所在地	〒 －	TEL － －	FAX － －			
	フリガナ					
入職年月日	西暦 年 月 日					
自宅 住所	〒 －	TEL － －	FAX － －			
	フリガナ					
携帯電話	－ －					
郵送物の送付先	□所属機関 □自宅					
協会員名簿	協会員への配布用名簿に所属機関の掲載を希望しない場合 ⇒ □希望しない ※ 氏名のみの掲載となります					
メーリングリストへの登録	当協会では、会員相互の円滑な情報伝達のため、メーリングリストへの登録をお勧めしています。 □登録する →下記（番号； ）のメールアドレスを登録する。 □登録しない →メーリングリスト普及促進の参考とするため、よろしければ理由をご記入ください。 （ ）					
メーリングリストの登録希望アドレス ①	フリガナ @					
	@ □職場 □個人					
②	フリガナ @					
	@ □職場 □個人					
③	フリガナ @					
	@ □職場 □個人					
災害時のメールアドレス	当協会では、災害時の情報伝達のため、個人のメールアドレス登録をお願いしています。このアドレスの使用方法については現在検討中です。災害時の情報伝達以外には使用はいたしません。趣旨をご理解いただき、災害時用メールアドレスに登録していただきますようお願いいたします。 □登録する →□上記（番号； ）のメールアドレスを登録する※個人アドレスをご記入ください。 フリガナ @ →□［ @ ］を登録する。 □登録しない					

事務局処理欄						
受付	西暦	20	年	月	日	
処理	西暦	20	年	月	日	
会費納入日	西暦	20	年	月	日	

新入会者は、掲載不承諾の申し出がない限り、当会広報誌にて氏名・所属を掲載します。