

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		登録番号	第 号			
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	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 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】							
(法人名等正式名称をご記入下さい) 所属機関	フリガナ				種 別			
	名称				<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 行政機関(Ex.市役所) <input type="checkbox"/> 教育機関(Ex.専門学校) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 所属機関 ※原則として所属先へ送付します。特段の事情がある場合は右欄へ☑して下さい。 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅							
協会員名簿	協会員への配布名簿に所属機関の掲載を希望しない場合 ⇒ <input type="checkbox"/> 希望しない ※氏名のみ掲載となります							
メールアドレス	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願いしています。研修等の情報は、原則メーリングリストで通知いたしますので、必ず下記にご記入ください。							
メーリングリストの登録希望アドレス	フリガナ						@	
	① 必須						@	<input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 個人
	フリガナ						@	
	② 任意						@	<input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 個人
③ 任意	フリガナ						@	
						@	<input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 個人	
お知らせ	入会手続きが完了しましたら、事務局より会員番号の通知文書を送付いたします。							

事務局処理欄	受付	西暦	年	月	日	
	処理	西暦	年	月	日	会員番号
	会費納入日	西暦	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。