

〈準会員・学生会員・賛助会員〉 新潟県精神保健福祉士協会 入会申込書

ふりがな		性別	年齢	※事務局記入欄	
氏名		男・女		受付日	
生年月日	S・H	年	月	日	区分 正・準・学・賛

所属機関	名称 ※1	ふりがな			
	住所	ふりがな 〒			
	連絡先	TEL:	(内線: )	FAX:	
		Mail:			

学校 (学生会員)	大学	専門学校	学部	学科	年
-----------	----	------	----	----	---

自宅	住所	ふりがな 〒			
	連絡先	TEL:		FAX:	

取得資格 (準会員)	※取得している免許や資格を○で囲み、証明となる登録証等のコピーを添付				
	精神保健福祉士	社会福祉士	看護師	保健師	作業療法士
	臨床心理士	相談支援専門員	サービス管理責任者		

資料送付先	所属機関・自宅 ※いずれかに○をつけてください
-------	----------------------------

最終学歴	西暦	年	月	※2
------	----	---	---	----

職歴	西暦	
	西暦	
	西暦	
	西暦	

★入会申込書記入時の注意点

- ※1 正式名称をご記入ください
- ※2 学部・学科名(コース名)もご記入ください

会員名簿を年1回発行する予定としております。  
発行時に記載する事項について、希望する番号を○で囲んでください。

1	氏名のみ	2	氏名、所属機関、所属機関の住所、 電話およびFAX番号
---	------	---	--------------------------------

★その他の注意事項

※記載事項変更時や退会希望時は、協会ホームページより変更届をダウンロードし、必要事項を記入し、原本を事務局に提出してください。ダウンロードできない環境にある方は事務局までご連絡ください。

会長	理事会	事務局	通知