

変 更 ・ 再 開 届

新潟県精神保健福祉士協会長 様

年 月 日より、
登録内容を変更 いたします
登録を再開

氏 名	
-----	--

	変更・再開(前)	変更・再開(後)
氏 名		
所属機関		
所属住所		
所属 TEL/FAX Mail		
自宅住所		
連絡先		
会員区分	正会員 ・ 準会員	正会員 ・ 準会員
	※日本協会 入会日・退会日 年 月 日 (いずれかを○で囲み、当該年月日をご記入ください)	
	日本精神保健福祉士協会 会員番号: ※準会員から正会員に変更となる者は日本協会会員証のコピーを添付 ※区分変更基準日:4月1日	
資料送付先	所 属 機 関 ・ 自 宅	

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

会長	理事会	事務局	通知