

<正会員>

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
精神保健福祉士 登録番号			※登録証のコピーを添付		

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

日本協会 加入状況	日本精神保健福祉士協会に ※いずれかにチェックをいれてください	<input type="checkbox"/> 加入している L会員番号: ※会員証等のコピーを添付 <input type="checkbox"/> 加入申込み済み L申込年月日:H 年 月 ※申込みを証明できるもののコピーを添付
--------------	------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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