

和歌山県精神保健福祉士協会 入会申込書

和歌山県精神保健福祉士協会

会 長 中 川 浩 二 様

年 月 日 記入

- ・ (A) ~ (C) の情報については、当協会の会員名簿に掲載させていただく予定となっています。
- ・ 掲載不可の項目もしくは該当する項目すべてに必ずを入れてください。
- ・ 氏名、所属については、機関紙は一もに一にて入会報告をさせていただきます。ご了承ください。

ふりがな				性 別	生 年 月 日	
氏 名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	西暦 年 月 日生	
(A) 自 宅	住 所	〒				
	<input type="checkbox"/> 掲載不可					
	連 絡 先	電 話			F A X	
	<input type="checkbox"/> 掲載不可	携 帯 電 話				
メー ル ア ド レ ス						
<input type="checkbox"/> 掲載不可						
(B) 勤 務 先	主たる勤務先の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (無に <input type="checkbox"/> された場合は、名簿上では勤務先の欄に何も表示されません)				
	名 称					
	<input type="checkbox"/> 掲載不可					
	住 所	〒				
	<input type="checkbox"/> 掲載不可					
	連 絡 先	電 話			F A X	
	<input type="checkbox"/> 掲載不可	携 帯 電 話				
メー ル ア ド レ ス						
<input type="checkbox"/> 掲載不可						
※「主たる勤務先」以外の勤務先があれば、名称、住所、連絡先など以下にご記入ください						
そ の 他						
<input type="checkbox"/> 掲載不可						
(C) そ の 他	精神保健福祉士等 国家資格の有無	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士		登録年月日	年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 社会福祉士		登録番号 第 号	
			<input type="checkbox"/> その他 ()			
	<input type="checkbox"/> 掲載不可					
公益社団法人日本精神保健福祉士協会へ の入会状況		<input type="checkbox"/> 入会している ⇒ () 支部				
		<input type="checkbox"/> 掲載不可		<input type="checkbox"/> 入会していない		
書類等郵送先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先		(月1回の機関紙、その他のお知らせ等をお送りします)		
メーリングリスト の登録について		下記メールアドレスの登録を希望する (<input type="checkbox"/> 自宅メールアドレス <input type="checkbox"/> 勤務先メールアドレス)				
(西暦) 年 月		以下に、職歴を記載				

