

申込年月日 年 月 日

一般社団法人福岡県精神保健福祉士協会 正会員 入会申込書

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会について		
構成員番号	在籍支部	入会承認日
協会内資格等の有無（ある場合の記入例）認定精神保健福祉士・実習指導者講習会修了・基幹研修Ⅰ修了・認定ｽｰﾊﾟｰﾊﾞｲザ等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

※当協会は日本精神保健福祉士協会構成員が入会要件ですが、日本精神保健福祉士協会から自動的に全ての構成員情報が提供されません。お手数ですが、下記をご記入ください。

あなたについて			
フリガナ		性別	生年月日
氏名			昭和・平成 年 月 日
精神保健福祉士以外の資格	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 上記以外※詳しくお書きください		
自宅	※お願い※ 電話連絡先はいずれかを必ず記載してください		
	TEL	携帯電話	
	〒	フリガナ	

あなたが主たる活動としている現場について		
主たる所属機関	名称	フリガナ
	所在地	TEL      FAX
		〒      フリガナ
種別	1. 医療機関      2. 障害者総合支援法関係機関      3. 行政関係機関      4. 司法関係機関 5. 労働関係機関      6. 教育機関      7. その他障害児・者関連福祉施設      8. 各種団体 9. その他（      ）	
<input type="checkbox"/> 所属なし		ご提供いただける現在の活動状況等があれば是非ご記入ください。

当協会からの連絡等について	
文書等送付先	※お願い※福岡県支部定期総会案内の発送のため（公社）日本精神保健福祉士協会への送付先と統一してください。 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属機関
メール送信（任意）	※現在利用頻度は低いですが、当協会からの連絡先としてご登録いただける場合は記入してください。 <input type="checkbox"/> 個人用 <input type="checkbox"/> 職場PC メールアドレス（      ）
機関紙掲載	※機関紙掲載は情報共有のためお名前と所属機関名となります。所属なしの方は「自宅会員」と表記します。 <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認      （理由      ）

上記情報は当協会事務局で保存し、協会運営目的以外では利用いたしません。

FAX	092-406-0093	原本保存してください
事務局記載	： 受付      年会費      理事会      掲載号	完了通知