

一般社団法人福岡県精神保健福祉士協会 正会員 情報変更・追加届

氏名以外は**変更になった箇所のみ**に変更内容を記載してください。

あなたについて ※氏名はどの変更であっても必ず記載してください				
フリガナ		変更後	フリガナ	
氏名			氏名	
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		
	FAX			
	〒	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)	<input type="checkbox"/> メール登録の同意	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 職場PC ( )		
	※主に当協会からの案内(各種研修、広報紙(福P News Letter)の発行、アンケート、年会費納入等に関するお知らせ)、情報提供、募集等の連絡事項の他、災害時の情報発信用として活用することを想定しています。			
機関紙掲載	※お名前・所属機関に変更があった際に機関紙に掲載します。勤務先なしの方は「自宅会員」と表記します。			
	不承認にチェックがない場合は機関紙に掲載します。			<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。

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会について

※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。変更内容の情報も当協会からは情報提供いたしませんので、お手数ですが日本精神保健福祉士協会の書式でお届けいただくようお願いします。

**FAX 092-406-0093** 原本保存してください

事務局記載 : 受付日 理事会 月 掲載号