

会員名簿掲載事項等確認票

・(A)～(C)において、掲載不可の項目もしくは該当する項目すべてに☑を入れてください。

年 月 日 記入

※ 必須	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	〒					
	☐掲載不可						
	連絡先	電話			FAX		
	☐掲載不可	携帯電話					
	メールアドレス						
	☐掲載不可						
(B) 勤務先	主たる勤務先の有無	☐有 ☐無 (無に☑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						
	☐掲載不可						
	住所	〒					
	☐掲載不可						
	連絡先	電話			FAX		
	☐掲載不可	携帯電話					
	メールアドレス						
☐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							
☐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 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 無					
	☐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			☐入会している ⇒ () 支部			
☐掲載不可			☐入会していない				
メーリングリストの登録について	<input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録 ⇒ 事務局にて下記の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)						

- 上記項目をご記入の上、**平成26年2月14日(金)まで**に同封の返信用封筒にてご返送ください。
- 今回ご記入いただいた情報(A)～(C)をもとに会員名簿を作成し、当協会ウェブサイト(会員ページ)にて閲覧、ダウンロードが可能な形式にしたいと考えております。
- ご返送のない場合には、会員名簿へは氏名のみの表示となる場合があります。

ご回答ありがとうございました。

事務局：地域活動支援センター櫻 電話 073-444-2468 FAX 073-446-6607

