

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		FAX				
	<input type="checkbox"/> 掲載不可	携帯電話						
(A) 自宅	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 checked="" 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		FAX				
	<input type="checkbox"/> 掲載不可	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 <input type="checkbox"/> その他 ()		登録番号		第 号		
	<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"/> 入会していない						
	<input type="checkbox"/> 掲載不可							
	<input type="checkbox"/> 掲載不可							
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						

