

石川県精神保健福祉士会入会申込書

記入日 令和 年 月 日

ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
所属機関名		所属部署名		
所属機関住所	〒 ー			
所属機関連絡先	電話			
	FAX			
	e-mail	(会員メーリングリストへの登録を、 <input type="checkbox"/> 希望する・ <input type="checkbox"/> 希望しない)		
経験年数	年目 (※通算経験年数をご記入下さい)			
自宅住所	〒 ー			
自宅連絡先	電話			
	FAX			
	e-mail	(会員メーリングリストへの登録を、 <input type="checkbox"/> 希望する・ <input type="checkbox"/> 希望しない)		
資格の有無	精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士(登録番号:) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士登録手続き中 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士受験資格あり <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士資格取得のための養成施設・通信教育受講中		
	その他の資格	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 ()		
最終学歴	※最終学歴は、精神保健福祉士の受験資格を取得された大学・養成施設等をご記入ください。			
(公社)日本精神保健福祉士協会入会状況	<input type="checkbox"/> (公社) 日本精神保健福祉士協会会員 (会員番号: ー) <input type="checkbox"/> 研修認定精神保健福祉士 (認定番号:) <input type="checkbox"/> (公社) 日本精神保健福祉士協会入会手続き中 (申込書提出済み)			
資料送付先	<input type="checkbox"/> 所属機関 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()			
名簿への情報掲載について	当会会員名簿に氏名、所属機関、所属機関連絡先(電話・FAX)について掲載することを、 <input type="checkbox"/> 承認します <input type="checkbox"/> 承認しません			

【事務局欄】

2012.3月版

受付日	令和 年 月 日
理事会決済	承認・未承認・保留