

## 青森県精神保健福祉士協会 入会申込書

青森県精神保健福祉士協会の趣旨に賛同し、会務細則第3条に従い(正会員 準会員 賛助会員)に申し込みます。(注1)

フリガナ		性別	申込年月日		年	月	日												
氏名		男・女	事務局処理欄(何も記入しないでください)																
生年月日	年	月	日	受付	年	月	日												
所属地区	青森	弘前・五所川原	八戸	上十三むつ	理事会承認	年	月	日											
精神保健福祉士資格 (注2)		有 無						入金確認	年	月	日								
所 属 機 関	名称	フリガナ																	
	住所	〒	電話番号	FAX番号															
		(内線 )																	
		メールアドレス																	
種別	※該当する分野を○で囲む ①病院(総合・単科) ②診療所 ③精神保健福祉センター ④保健所 ⑤市町村保健部門 ⑥市町村福祉部門 ⑦障害福祉サービス事業所(居宅介護 生活介護 児童デイサービス 施設入所支援 その他の介護給付サービス) (自立訓練 就労移行支援 就労継続支援 グループホーム 相談支援 その他の訓練等給付サービス) ⑧介護保険施設 ⑨居宅介護サービス事業所 ⑩地域包括支援センター ⑪その他( ) ※所属機関の部署等、従事している内容についてご記入ください。(例:事務部医療相談室、医療連携業務など)																		
自 宅	住所	〒	自宅電話番号	FAX番号															
		メールアドレス					携帯電話番号												
日本精神保健福祉士協会の入会状況				入会・未加入				郵送物送付先				所属機関				自宅			
広報物の郵送について 希望する 希望しない ※ ※協会の広報誌や研修だより等の広報物は、協会ホームページから閲覧及びダウンロードが可能です。 このため、原則として広報物の郵送による配信を停止しますので、ご理解と協力をお願いいたします。																			
ホームページ等更新情報のメール配信 希望する(所属機関・自宅) 希望しない ※今後、対応可能となった場合の希望を確認します。																			
次の事項は、名簿作成時の必須掲載事項です。(氏名、所属地区、所属機関の名称・住所・電話番号) 次の事項は、名簿作成時の任意掲載事項です。掲載を希望する事項を○で囲んでください。 (個人メールアドレス、所属機関で利用可能なメールアドレス、(社)日本精神保健福祉士協会の入会状況)																			

太枠の中は、すべてご記入ください。本入会申込書は、青森県精神保健福祉士協会個人情報保護指針及び文書管理規程に基づき、適切に管理します。なお、届出事項に変更があった場合は、速やかに本会事務局等へ届けてください。

(注1)会員の種別を○で囲んでください。

(注2)資格の有無を○で囲み、精神保健福祉士登録証のコピー(A4サイズに合わせる)を添付してください。