

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
氏名		
生年月日	年 月 日	
所属地区	青森・むつ 弘前・五所川原 八戸・上十三	
精神保健福祉士資格 (注2)		有 無

申込年月日 年 月 日

事務局処理欄(何も記入しないでください)

受付	年 月 日	印
理事会承認	年 月 日	印
入金確認	年 月 日	印
事務処理番号		

所属機関	フリガナ					
	名称					
	住所	〒	電話番号	FAX番号		
		(内線)				
部署	※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:医療相談室, 医療連携業務など)					
自宅	住所	〒	電話番号	FAX番号		
	メールアドレス					
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
広報誌等の郵送について 希望する 希望しない ※ ※広報誌等の協会からの通知は、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、原則として広報誌等の郵送での配信を停止しますので、ご理解とご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 ・ 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。						