

静岡県精神保健福祉士協会 入会申込書

静岡県精神保健福祉士協会 様

私 _____ は静岡県精神保健福祉士協会に入会したく必要事項を記入しましたので
入会手続きをお願い致します。

年 月 日 申込日

フリガナ					
入会者氏名	男・女		生年月日	年 月 日生	
所属・所属部署					
所属住所	〒 —				
所属 電話 F A X	電話				F A X
自宅住所	〒 —				
自宅 電話 F A X	電話				F A X
学 歴	大学	年 月卒業	大学	学部	学科
	専門学校	年 月卒業	専門学校		
	その他	年 月卒業			
入会区分 (□にチェックを入れて ください)	<input type="checkbox"/> ≪正会員≫ 登録日 年 月 日 登録番号			<input type="checkbox"/> ≪準会員≫ 受験資格あり	
その他の資格					
職 歴 (職歴があれば記入)					
日本精神保健福祉士 協会・加入状況	入会済み ・ 入会手続き中 ※日本精神保健福祉士協会入会が当協会入会の条件となります。				
資料送付先	所属 ・ 自宅 (特段の事情がない限り所属先に郵送)				

- 1) 精神保健福祉士登録証及び公益社団法人日本精神保健福祉士協会会員証もしくは入会申込書のコピーの添付をお願いします (A4でコピー)
- 2) 入会金 1,000 円 年会費 7,000 円 の入金をお願いします

※事務局受付日 年 月 日

--	--	--