

鳥取県精神保健福祉士会 入会申込書

(社団法人 日本精神保健福祉士協会 鳥取県支部)

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名 (自署)			S・H 年 月 日	
会 員 区 分 (※2) (正会員・準会員)				
精神保健福祉士国家資格 (有 ・ 無)				
日本精神保健福祉士協会入会 (有 ・ 無 ・ 入会予定)				

事務局処理欄 (※1)

受付	年 月 日
入金	年 月 日
受付番号	

所 属	名称 (※3)	ふりがな	職名
	部署名		
機 関	住所	〒	TEL : FAX : (内) e-mail :
		ふりがな	
		市 郡	
自 宅	住所	〒	TEL : FAX : (携帯可) e-mail :
		ふりがな	
		市 郡	
会員メーリン グリスト登録 ※事務連絡等 に使用	e-mail ①【 必須 】		
	※PC、タブレット、スマホを想定。		
	e-mail ②【 推奨 】		
	※スマホで受信可。発災時を想定。		

最終学歴	西暦 年 月
資 格 免 許 (※4)	西暦 年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月

入会申込書記入の際の注意

- ※1 事務局処理欄には何も記入しないで下さい。
- ※2 日本精神保健福祉士協会に入会済又は入会予定の方が正会員としての申し込みとなります。
- ※3 正式名称を記入して下さい。
- ※4 精神保健福祉士以外の資格免許を記入して下さい (医療・保健・福祉関連、認定資格を含む)。