

富山県精神保健福祉士協会 変更届

※受付	年 月 日
事務処理	年 月 日

年 月 日より、以下のとおり変更いたします。

氏名: _____

1. 変更する項目のみ記入してください。

フリガナ		(旧姓)
氏名	(変更後)	
所属機関	(年 月)	
別紙「コード表」を使用	①勤務先の機関・施設等の種別(コード表【1】)	
	②①の勤務先においてあなたが従事している職種(コード表【2】)	
所属所在地	〒	
	TEL FAX	
	E-mail	
自宅住所	〒	
	TEL FAX	
	E-mail	
資料送付先	所属先 ・ 自宅	

2. 新たに精神保健福祉士の資格を取得された方のみ記入して下さい。

精神保健福祉士資格	有 (取得年: 年)	受験資格のみ
精神保健福祉士 各種養成機関等	受講機関名:	

3. 名簿掲載を望まない方・名簿掲載事項についてご希望のある方は、お知らせください。

- ・ ※の欄は記入しないで下さい。
- ・ ()内にも必要事項を記入または該当するものを○で囲んでください。
- ・ <個人情報の取り扱い> 個人情報の取得・利用を適切に行います。申し込みにおいて得た個人情報は、本協会からの書類発送・名簿作成に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。この範囲を超えて利用する場合は、本人の同意を得た上で行います。