

富山県精神保健福祉士協会入会申込書

※受付	年 月 日
※登録	年 月 日
※番号	

私は、富山県精神保健福祉士協会に、入会したいので必要事項を記入の上、申し込みます。

平成 年 月 日

フリガナ		
1. 氏 名	(男 ・ 女)	
2. 生 年 月 日		
3. 所 属 機 関 (採 用 年 月 日) 別紙「コード表」を使用	(年 月)	
	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】)	
4. 所 属 所 在 地	〒	
	TEL	FAX
	E-mail	
	◇ご所属に複数名いらっしゃる場合、郵便物は基本的にご所属に合わせてお送りいたします。ご都合悪い場合はお知らせください。	
5. 自 宅 住 所	〒	
	TEL	FAX
	E-mail	
6. 最 終 学 歴 (学 部 等 記 入)	年 月	()
	年 月	()
7. 職 歴	年 月	
	年 月	
8. 取 得 資 格 (登 録 番 号)	・ 精神保健福祉士 ()	
	・ 社会福祉士 ()	
該当する資格に○をつける	・ その他 ()	
9. 日本精神保健福祉士協会加入	済 ・ 未 ・ 申請中(年 月)	
10. PSW経験年数		

11. メールでの案内・メールングリストの配信にご協力いただけますか。

協力できる(配信先 : 自宅 ・ 所属先) ・ 協力できない
◇メールアドレスの登録は、1施設1アドレスでお願いします。所属先にてご相談ください。不都合ある方は、ご一報ください。

12. 総会時配布の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。

◇名簿には、氏名・所属(住所・電話番号・FAX番号)・会員種別を掲載しています。
--

13. 以下は精神保健福祉士の資格をお持ちでない方のみ、お答えください。

精神保健福祉士受験資格	有 (取得年: 年) 受験意志 有 ・ 無
精神保健福祉士 各種養成機関等	無 ・ 受講中 (所属学校名:)

・ ※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。

・ 本協会の会員は、富山県内の施設に勤務あるいは、富山県内に在住する公益社団法人日本精神保健福祉士協会の構成員で、入会を希望するものとします。

・ <個人情報取り扱い> 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。