

埼玉県精神保健福祉士協会 入会申込書

申し込み年月日 平成 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	T・S・H	年 月 日
勤務先	名称			
	住所	〒		
	TEL		FAX	
	e-mail			
自宅	住所	〒		
	TEL		FAX	
	e-mail			
精神保健福祉士登録番号				
会員の種類(をしてください。重複可)				
1. 一般会員(年会費3,000円)		2. 賛助会員(年会費5,000円)		
1) 日本精神保健福祉士協会会員		当協会の目的および事業にご理解・ ご賛同いただける方々		
2) 精神保健福祉士の登録を受けた者				
3) 精神保健福祉業務に従事するソーシャルワーカー				
4) 精神保健福祉士の教育に携わる者				
5) その他()				

<いずれかに をしてください>

1. 埼玉県精神保健福祉士協会入会について、機関紙「埼玉県PSW通信」に名前と勤務先を掲載して (良い・悪い)
2. 会員名簿には、勤務先が掲載されます。また、機関紙「埼玉県PSW通信」等の郵送物は勤務先に送ります。不都合が生じる方は、事務局までご連絡ください。

受付	平成	年	月	承認	平成	年	月
----	----	---	---	----	----	---	---

