

# 埼玉県精神保健福祉士協会 入会申込書

申込年月日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	昭和・平成	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。)				
1. 一般会員(年額3,000円)		4. 賛助会員(年会費5,000円)		
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		
構成員番号				
2. 学生会員(年会費1,000円)				
3. 精神保健福祉士の教育に携わる者(年会費5,000円)				

1. 関心のある分野や活動(○をしてください。複数選択可)

- |            |            |               |
|------------|------------|---------------|
| ・権利擁護      | ・高齢精神障害者支援 | ・スクールソーシャルワーク |
| ・医療        | ・地域移行      | ・司法ソーシャルワーク   |
| ・リハビリテーション | ・地域包括ケア    | ・実習指導         |
| ・地域生活支援    | ・就労支援      | ・情報発信活動       |
| ・アディクション問題 | ・児童思春期     | ・災害支援         |
| ・産業保健      | ・その他( )    |               |

2. 「埼玉県PSW通信」等の郵送物の送付先(いずれかに○をしてください)

勤務先 ・ 自宅

受付	令和	年	月	承認	令和	年	月
----	----	---	---	----	----	---	---