**一般社団法人埼玉県精神保健福祉士協会**

**2023・2024年度役員立候補届**

氏名：

生年月日：昭和・平成　　年　　月　　日　　年齢：　　　歳

精神保健福祉士登録番号：

公益社団法人日本精神保健福祉士会員番号（会員のみ）：

勤務先：

勤務先所在地：

勤務先電話番号：

E－ｍａｉｌ：

立候補役員種別（該当するものに○をしてください）：　理事　・　監事

立候補理由