

(別紙様式1)

入 会 申 込 書

福島県精神保健福祉士会の趣旨に賛同し、

正会員 (精神保健福祉士登録証の写しを添付)・準会員・賛助会員に申し込みます。

(希望する会員に☑をお願いします。)

申込年月日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	生 年 月 日
氏 名		男・女	S・H 年 月 日 (歳)
精神保健福祉士	登録番号	号	登録年月日 平成・令和 年 月 日
所属機関	所属機関名	TEL ()	(内線)
	〒 住所	FAX ()	E-mail :
	所属部・課 :	職種 :	
自宅住所 連絡先等	〒 住所	TEL ()	FAX ()
	※ 会員名簿に自宅の住所等の記載を (する・しない)		
	E-mail:	会からの連絡に個人のE-mailを使用 (してもよい・しない)	
最終学歴	学校名・学部名・学科名等を記入		
職 歴	-----		
精神保健福祉士以外の資格			
希望する部会 (○をつけて下さい)	方部活動部会 広報部会	災害対策部会 研修部会	権利擁護部会 地域生活支援部会

※入会申込書は、ご記入後に各方部の方部長に郵送でお送り下さい。