FAX　045-821-5354

一般社団法人 神奈川県精神保健福祉士協会登録変更届

届出年年月日
年　月　日

一般社団法人 神奈川県精神保健福祉士協会　会長　様

登録内容に変更が生じましたので届け出ます。

ふりがな	
氏名	

事務局処理欄

受付	／　／
	／　／
承認	／　／
入力	／　／

※変更箇所のみ記入してください

自宅住所	〒　－	TEL		fax	
	ふりがな				
	都・道・府・県　市・区・町・村				

所属機関	ふりがな				
	名　称				
	所在地	ふりがな			
		都・道・府・県　市・区・町・村			
		〒　－	TEL	内線	fax
	種　別	**●医療機関** ○精神科病院　○精神科診療所　○精神科以外医療機関 **●生活支援施設** ○小規模作業所　○地域活動支援センター ○福祉ホーム　○グループホーム　○ケアホーム ○就労移行支援事業　○就労継続支援事業　○自立訓練事業 ○その他　（　　） **●福祉行政機関** ○自治体・保健所　○福祉事務所　○精神保健福祉センター **●司法機関** ○保護観察所等　○矯正施設 **●その他** ○社会福祉協議会　○ハローワーク等　○介護保険関連施設 ○教育機関　○企業　○その他（　　）			
メールアドレス					

協会からの資料等送付先　（ 自宅 ・ 所属機関 ）
日本精神保健福祉士協会への入会　（ 会員番号　　）

郵送・faxまたはメールにて提出してください