

# 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たので届け出ます。

事務局処理欄

ふりがな	
氏名	

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	
	都・道 府・県		市・区 町・村			
	メールアドレス					

所属機関	ふりがな												
	名 称	部署・所属 ( )											
	※正式名称を記入してください												
	所在地	〒	-	TEL	内線	fax							
	都・道 府・県		市・区 町・村										
メールアドレス													
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> <b>種別</b> (該当するものに○をつけてください)                 </td> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> <b>●医療機関</b>  <input type="radio"/>精神科病院                      <input type="radio"/>精神科診療所                      <input type="radio"/>その他医療機関   <b>●障害福祉サービス事業所</b>  <input type="radio"/>相談支援事業所                      <input type="radio"/>地域活動支援センター                      <input type="radio"/>就労継続支援事業所  <input type="radio"/>就労移行支援事業所                      <input type="radio"/>共同生活援助(グループホーム)                      <input type="radio"/>自立訓練  <input type="radio"/>その他 ( )                 </td> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> <b>●福祉行政機関</b>  <input type="radio"/>自治体、保健所                      <input type="radio"/>福祉事務所                      <input type="radio"/>児童相談所  <input type="radio"/>精神保健福祉センター                      <input type="radio"/>その他 ( )                 </td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <b>●その他</b>  <input type="radio"/>社会福祉協議会                      <input type="radio"/>各種教育機関  <input type="radio"/>司法機関(保護観察所、矯正施設等)                      <input type="radio"/>ハローワーク、企業等  <input type="radio"/>介護保険関連機関、施設                      <input type="radio"/>その他 ( )                 </td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> </table>						<b>種別</b> (該当するものに○をつけてください)	<b>●医療機関</b> <input type="radio"/> 精神科病院 <input type="radio"/> 精神科診療所 <input type="radio"/> その他医療機関  <b>●障害福祉サービス事業所</b> <input type="radio"/> 相談支援事業所 <input type="radio"/> 地域活動支援センター <input type="radio"/> 就労継続支援事業所 <input type="radio"/> 就労移行支援事業所 <input type="radio"/> 共同生活援助(グループホーム) <input type="radio"/> 自立訓練 <input type="radio"/> その他 ( )	<b>●福祉行政機関</b> <input type="radio"/> 自治体、保健所 <input type="radio"/> 福祉事務所 <input type="radio"/> 児童相談所 <input type="radio"/> 精神保健福祉センター <input type="radio"/> その他 ( )		<b>●その他</b> <input type="radio"/> 社会福祉協議会 <input type="radio"/> 各種教育機関 <input type="radio"/> 司法機関(保護観察所、矯正施設等) <input type="radio"/> ハローワーク、企業等 <input type="radio"/> 介護保険関連機関、施設 <input type="radio"/> その他 ( )			
<b>種別</b> (該当するものに○をつけてください)	<b>●医療機関</b> <input type="radio"/> 精神科病院 <input type="radio"/> 精神科診療所 <input type="radio"/> その他医療機関  <b>●障害福祉サービス事業所</b> <input type="radio"/> 相談支援事業所 <input type="radio"/> 地域活動支援センター <input type="radio"/> 就労継続支援事業所 <input type="radio"/> 就労移行支援事業所 <input type="radio"/> 共同生活援助(グループホーム) <input type="radio"/> 自立訓練 <input type="radio"/> その他 ( )	<b>●福祉行政機関</b> <input type="radio"/> 自治体、保健所 <input type="radio"/> 福祉事務所 <input type="radio"/> 児童相談所 <input type="radio"/> 精神保健福祉センター <input type="radio"/> その他 ( )											
<b>●その他</b> <input type="radio"/> 社会福祉協議会 <input type="radio"/> 各種教育機関 <input type="radio"/> 司法機関(保護観察所、矯正施設等) <input type="radio"/> ハローワーク、企業等 <input type="radio"/> 介護保険関連機関、施設 <input type="radio"/> その他 ( )													

協会からの郵便物送付先 ( 自宅 ・ 所属機関 )	協会からのメール送付先 ( 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 ) 【必須】会員証の写しを添付してください	

郵送・faxまたはメールにて提出してください

FAX: 045-821-5354

メール: kanagawa-mhsw@cb.wakwak.com