

# 一般社団法人 神奈川県精神保健福祉士協会入会申込書

申込年月日  
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

私は、貴協会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

事務局処理欄

ふりがな		生 年 月 日	性別
氏名※	印	西暦 年 月 日	男・女

受理	/ /
承認	/ /
通知(入金)	/ /
登録	/ /

精神保健福祉士 登録番号	第 号
日本精神保健福祉士協会 会員番号	

【必須】登録証の写しを添付

\* 日本精神保健福祉士協会に加入されている方は、会員証のコピーを添付してください。

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			
	種別※	〒	—	TEL	内線	fax
●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 ( )			

希望するものに○をつけてください。

協会からの資料等送付先 ( 自宅 ・ 所属機関 )
会員名簿発行の際、掲載について ( 可 ・ 否 )

## 注 意 事 項

- ・ 所属機関名称は、register application document
- ・ 種別については、該当するものに○をつけてください
- ・ 会員名簿掲載項目については、記載欄太枠の※印の付いている項目ものになります

## 個人情報の利用目的

- ・ ホームページ内の「プライバシーポリシー」をご参照ください。

本申込書に併せて、精神保健福祉士登録証のコピーを添付してください。

また、日本精神保健福祉士協会会員の方は、会員証のコピーを添付してください。