

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 <small>※自署または記名捺印</small>	西暦 年 月 日	男・女 <small>※任意記入</small>

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
	都・道 市・区 府・県 町・村		
	メールアドレス		

所属機関	ふりがな				
	名 称	部署・所属 () <small>※正式名称を記入してください</small>			
	所在地	〒	TEL	内線	fax
		都・道 市・区 府・県 町・村			
	メールアドレス				
種 別 (該当するものに○をつけてください)	<p>●医療機関</p> <p>○精神科病院 ○精神科診療所 ○その他医療機関</p> <p>●障害福祉サービス事業所</p> <p>○相談支援事業所 ○地域活動支援センター ○就労継続支援事業所</p> <p>○就労移行支援事業所 ○共同生活援助(グループホーム) ○自立訓練</p> <p>○その他 ()</p> <p>●福祉行政機関</p> <p>○自治体、保健所 ○福祉事務所 ○児童相談所</p> <p>○精神保健福祉センター ○その他 ()</p> <p>●その他</p> <p>○社会福祉協議会 ○各種教育機関</p> <p>○司法機関(保護観察所、矯正施設等) ○ハローワーク、企業等</p> <p>○介護保険関連機関、施設 ○その他 ()</p>				

希望するものに○をつけてください。(○がついていない場合は、自宅へ送付いたします)

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)
---------------------------	---------------------------

協会運営の参考といたしますので、よろしければ該当するものに○をつけてください

- 入会の理由:
- 自己研鑽のため
 - 研修に参加するため
 - ネットワークづくり(他のMHSWとつながりたい)
 - 地域情報等の収集のため
 - 誘われたから
 - 支部活動、委員会活動に参加したい
 - 多職種との勉強会や交流の場に参加したい
 - その他 ()

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。