

山形県精神保健福祉士協会 入会申込書・変更届出書

記載年月日 20 年 月 日

ふりがな		生 年 月 日	年 齡
氏 名	男 女	昭和・平成 年 月 日	才
精神保健福祉士 登録番号 第 号 (登録 平成 年 月 日)			
自宅住所	〒	Tel () Fax ()	
所 属 機 関	名称		
	所在地	〒	Tel () Fax ()
	開設者	国・都道府県・市町村・公益法人・医療法人・社会福祉法人・社会医療法人・個人・その他 ()	
	種別	1. 医療機関〔病院・診療所〕	
	※ 該 当 箇 所 に ○ を つ け て 下 さ い	2. 行政機関 〔 精神保健福祉センター・保健所・保健（福祉）センター 市役所・福祉事務所 〕	
		3. 精神障害者社会復帰施設 ※ 障害者自立支援法により新体系へ移行した場合は「その他」にご記入下さい。 〔 生活訓練施設（援護寮）・授産施設・福祉ホーム・福祉工場 地域生活支援センター・小規模通所授産施設 〕	
		4. 地域生活援助事業〔グループホーム〕	
	5. 老人保健施設		
	6. その他〔 〕		
	7. 所属なし		
E-mail アドレス	〔 自宅・所属機関 〕		
	<input type="checkbox"/> 当協会のメーリングリストへの登録を希望する場合はチェックして下さい		
協会からの資料送付先 〔 自宅・所属機関 〕			
最終学歴	西暦 年 月 卒	学校名（学部・学科名等）	
職歴			
資格免許	※ 医療・保健・福祉関連で精神保健福祉士以外のものについて記載して下さい		

※ 社団法人日本精神保健福祉士協会への入会手続きもよろしくお願ひいたします。