

受付	年 月 日
承認	年 月 日

申込年月日 年 月 日

長崎県精神保健福祉士協会
 (公益社団法人日本精神保健福祉士協会長崎県支部)
入会申込書(確認書)

私は、貴協会の趣旨に賛同し、入会を申込みます。

ふりがな			生年月日	年齢	
氏名	Ⓜ		大正・昭和・平成 年 月 日	歳	男・女
ふりがな				TEL (携帯等)	
自宅住所 (※1)	〒				
所属機関	ふりがな				
	名称 (※2)				
	ふりがな				
	所在地	〒			
	TEL			FAX	
会員種別	<input type="checkbox"/> 正会員 (日本精神保健福祉士協会構成員) (構成員番号:) (※3)				
	<input type="checkbox"/> 準会員 (日本精神保健福祉士協会構成員以外の方等)				
	<input type="checkbox"/> 賛助会員 (本協会の趣旨に賛同する個人、団体)				
最終学歴 (※1)	西暦 年 月		(学校名) 養成施設校等も含む		
資格免許 (※1) (※4)	西暦 年 月 (資格名)		西暦 年 月 (資格名)		
	西暦 年 月 (資格名)		西暦 年 月 (資格名)		
協会からの資料等送付先 (自宅 ・ 所属機関)					
会員名簿記載の同意について伺います。同意いただけない場合でも不利益があることはありません。					
<input type="checkbox"/> 名簿の登記に同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。					
研修資格等 ※5	基幹研修Ⅰ	<input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> 検討中			
	基幹研修Ⅱ	<input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> 検討中			
	基幹研修Ⅲ	<input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> 検討中			
	研修認定精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> 検討中			
	認定精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> 検討中			
	認定成年後見人ネットワーク「クローバー」	<input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> 検討中			
	認定スーパーバイザー	<input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> 検討中			
	実習指導者講習会	<input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> 検討中			

【記入にあたっての注意】

- の該当欄にチェックをお願いします。
- ※1. 必須ではありませんが、なるべく記入願います。
- ※2. 正式名称を記入してください。
- ※3. 日本精神保健福祉士協会の構成員番号をご記入ください。
- ※4. 医療・保健・福祉関連のもの（認定資格を含む）をご記入ください。
- ※5. 各種チェックをお願いします。