申込年月日　　　　年　　月　　日

事務局処理欄

|  |  |
| --- | --- |
| 受　付 | 年　　月　　日 |
| 承　認 | 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 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属機関 | ふりがな |  | |
| 名 称  （※2） |  | |
| ふりがな |  | |
| 所在地 | 〒 | |
| TEL | FAX |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | ＴＥＬ（携帯等） |
| 自宅住所（※1） | 〒 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 会員種別 | □正会員（日本精神保健福祉士協会構成員）（構成員番号：　　　　　　　　　）（※3） |
| □準会員（日本精神保健福祉士協会構成員以外の方等） |
| □ 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。 | | |
| □名簿の登記に同意します。　　　　□同意しません。 | | |
| 研修・資格等※５ | 基幹研修Ⅰ | □受講済　　□未受講　□検討中 |
| 基幹研修Ⅱ | □受講済　　□未受講　□検討中 |
| 基幹研修Ⅲ | □受講済　　□未受講　□検討中 |
| 研修認定精神保健福祉士 | □受講済　　□未受講　□検討中 |
| 認定精神保健福祉士 | □受講済　　□未受講　□検討中 |
| 認定成年後見人ネットワーク「クローバー」 | □受講済　　□未受講　□検討中 |
| 認定スーパーバイザー | □受講済　　□未受講　□検討中 |
| 実習指導者講習会 | □受講済　　□未受講　□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。