

＜準会員・学生会員・賛助会員＞ 新潟県精神保健福祉士協会 入会申込書

ふりがな		性別	年齢	※事務局記入欄	
氏名		男・女		受付日	
生年月日	S・H	年	月	日	区分
					正・準・学・賛

所属機関	名称 ※1	ふりがな			
	住所	ふりがな 〒			
	連絡先	TEL :	(内)	FAX :	Mail :

学校 (学生会員)	大学	専門学校	学部	学科	年
--------------	----	------	----	----	---

自宅	住所	ふりがな 〒			
	連絡先	TEL :			FAX :

取得資格 (準会員)	※取得している免許や資格を○で囲み、証明となる登録証等コピー添付				
	精神保健福祉士	社会福祉士			
	看護師	保健師	作業療法士		
	臨床心理士	相談支援専門員	サービス管理責任者		

資料送付先	所属機関・自宅 ※いずれかに○をつけてください
-------	----------------------------

最終学歴	西暦	年	月	※2	卒業
------	----	---	---	----	----

職歴	西暦	
	西暦	
	西暦	
	西暦	

★入会申込書記入時の注意点

※1 正式名称をご記入ください / ※2 学部・学科名(コース名)もご記入ください

会員名簿を年1回発行する予定としております。
発行時に記載する事項について、希望する番号を○で囲んでください。

1	氏名のみ	2	氏名、所属機関、所属機関の住所、電話およびFAX番号
---	------	---	----------------------------

★(準会員のみ) 災害時の日本精神保健福祉士協会への個人情報提供について

日本協会と災害支援活動に関する協定を締結しており、災害時の速やかな支援派遣や安否確認に必要な会員の個人情報提供が求められています。

1	同意する	2	同意しない ※3
---	------	---	----------

※3 同意されない場合、入会承認通知に同封の「個人情報提供に対する確認書」をご提出ください。

★その他の注意事項

※記載事項変更時や退会希望時は、協会ホームページより変更届をダウンロードし、必要事項を記入し、原本を事務局に提出してください。ダウンロードできない環境にある方は事務局までご連絡ください。

会長	理事会	事務局	通知