

別紙様式 1

青森県精神保健福祉士協会 入会申込書

青森県精神保健福祉士協会の趣旨に賛同し、会務細則第3条に従い（正会員 賛助会員）に申し込みます。（注1）

	フリガナ		性別	申込年月日 年 月 日
氏名				
生年月日	年 月 日生			
所属地区	青森・むつ 弘前・五所川原 八戸・上十三			
精神保健福祉士資格（注2）	有 無			
所属機関	名称	フリガナ		
	住所	〒	電話番号 () (内線)	FAX番号 ()
部署		※所属機関の部署等、従事している内容についてご記入ください。（例：医療相談室、医療連携業務など）		
自宅	住所 (任意)	〒	電話番号 ()	
	メールアドレス（必須）	可能な限り個人のアドレスでご登録ください（退職等により案内が送付できなくなることを防ぐため）		
日本精神保健福祉士協会の入会状況 入会・未加入		郵送物送付先	所属機関	自宅

注1 正会員は精神保健福祉士の有資格者がお申し込みいただけます

注2 精神保健福祉士の有資格者であり正会員への入会希望者は精神保健福祉士資格証の控えを添えて申請して下さい