

一般社団法人 大阪精神保健福祉士協会

会員基本情報シート

1. 申し出る内容に☑ください。

入会 退会 変更/確認 (①変更する項目に☑→②当該内容の記入)

2. 基本情報 *太枠内を記入

申出日： 年 月 日

<input checked="" type="checkbox"/>	氏名	フリガナ	生年月日	会員番号*事務局記入欄
			昭和・平成 年 月 日	
<input type="checkbox"/>	会員区分 (該当に○)	1. 正会員 精神保健福祉士として登録した者	登録番号	登録年月日 年 月 日
		2. 準会員 ①精神科領域の現場で精神障害者の相談援助の業務に携わる者 ②精神科関連領域の現場で精神障害者の相談業務に携わる者 ③大学等の機関で精神障害者福祉に関する研究・教育の職にある者		
<input type="checkbox"/>	所属機関名	フリガナ *法人名より記載		
<input type="checkbox"/>	所属機関 住所	フリガナ 〒		
<input type="checkbox"/>	所属機関 連絡先	TEL :	FAX :	
		MAIL :		
<input type="checkbox"/>	自宅住所	フリガナ 〒		
<input type="checkbox"/>	自宅 連絡先	TEL :	FAX :	
		MAIL :		
<input type="checkbox"/>	その他 (確認済みの 項目へ☑)	<input type="checkbox"/> 氏名について：業務での呼称と戸籍・銀行口座氏名が異なる 右記に異なる氏名(フリガナ)等を記入 ()		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 機関紙等の送付希望先： 勤務先 ・ 自宅		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 会員名簿には、上記記載された所属機関情報を掲載します。 連絡事項 ()		

一般社団法人大阪精神保健福祉士協会事務局

FAX : 06-6764-7839

〒542-0012 大阪市中央区谷町 7-4-15 大阪府社会福祉会館内

Ver. 1

受付日	承認日	入力日