

会員基本情報シート(原則、すべての項目にご記入ください)

1. 申し出る内容に☑(チェック)してください。

入会 退会 変更/確認(変更する項目に☑し、内容を記載してください)

2. 基本情報

* 太枠内を記入

申出日: 年 月 日

<input type="checkbox"/>	氏名	フリガナ	生年月日	会員番号*事務局記入欄
			S/H 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
		2. 準会員 ①精神科領域の現場で精神障がい者の相談援助業務に携わる者 ②精神科関連領域の現場で精神障がい者の相談業務に携わる者 ③大学等の機関で精神障がい者の福祉に関する研究・教育の職にある者		年 月 日
<input type="checkbox"/>	所属機関	フリガナ * 法人名より記載		
<input type="checkbox"/>	所属部署	フリガナ		
<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"/>	呼称と 本名	<input type="checkbox"/> 上記の氏名と《戸籍・銀行口座(どちらかに○)》名が異なる 異なる氏名 フリガナ	配布用名簿への記載の希望 <input type="checkbox"/> 左記氏名 (チェックがない場合は上記氏名を採用します)	
<input type="checkbox"/>	送付先	機関紙などの送付先希望について <input type="checkbox"/> 所属機関 <input type="checkbox"/> 自宅		
<input type="checkbox"/>	協会からの 希望連絡先	<input type="checkbox"/> 所属機関TEL <input type="checkbox"/> 自宅TEL <input type="checkbox"/> 所属機関MAIL <input type="checkbox"/> 自宅MAIL		
		<input type="checkbox"/> その他() * 複数回答可		
<input type="checkbox"/>	名簿掲載	<input type="checkbox"/> 上記氏名・所属機関情報 <input type="checkbox"/> その他()		

一般社団法人大阪精神保健福祉士協会事務局
TEL/FAX:06-6764-7839
〒542-0012
大阪市中央区谷町7丁目4-15大阪府社会福祉会館内

受付日	承認日	入力日	送付日