

記入例

申込年月日 西暦 2011 年 11 月 5 日

一般社団法人愛媛県精神保健福祉士会 入会申込書

一般社団法人 愛媛県精神保健福祉士会

会 長 様

一般社団法人 愛媛県精神保健福祉士会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

ふりがな 氏 名	えひめ はなこ 愛媛 花子 印	男 女	生 年 月 日 西暦 1988 年 4 月 1 日	本協会 会員番号 38-000000
-------------	--------------------	--------	------------------------------	-----------------------

自宅	住所	〒 790-0000 愛媛県松山市◎◎町△丁目〇-〇	TEL	089-000-0000
			FAX	089-000-0000
	メールアドレス	〇△□@yahoo.co.jp		

所属機関	名 称	ふりがな いっぱんしゃだんほうじん えひめけんせいしんほけんふくししかい 一般社団法人 愛媛県精神保健福祉士会		
	部 署	事 務 局	職 名	精 神 保 健 福 祉 士
	メールアドレス	p-iimukyoku@docomo.ne.jp ※1 パソコン・携帯アドレスどちらでも可		
	所在地	ふりがな えひめけん まつやまし ひがしいい 〒 790-0932 愛媛県松山市東石井5丁目3-13		
	TEL	090-7146-3691	FAX	089-000-0000

県会入会年度 (西暦)	2 0 1 1 年度	※2 資格登録年月と登録証番号は「精神保健福祉士登録証」を確認の上、記入して下さい		
資格登録年月 (西暦)	※2 2 0 1 0 年 5 月	登録証番号	※2 第 0 0 0 0 0 号	
PSWの業務に携わってからの年数	1 年 8 ヶ月			
最終学歴(出身校)	〇〇福祉大学 (西暦) 2010 年卒業			
他資格の有無	① 社会福祉士 2.介護福祉士 3. ケアマネージャー 4.保健師 5.看護師 6.その他()			

協会からの文書等送付先 (自宅 ・ 所 属 先)

※入金したことを証明するもの(振込証明書・領収証など)を入会申込書の裏に添付して下さい。

(コピー可)また、銀行振込の際は、氏名のみ記入して下さい。

※事務局処理欄

※事務局処理欄には何も記入しないで下さい。

登録番号