

熊本県精神保健福祉士協会入会申込書

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	昭和 平成 年 月 日
精神保健福祉士 登録番号			
公益社団法人日本精神保健福祉士協会 会員番号			

所属機関（文書発送先）

名称	ふりがな
住所	〒
TEL	
FAX	
E-mail	

熊本県精神保健福祉士協会
会長 岩永 靖 殿

上記のとおり、熊本県精神保健福祉士協会への入会を申し込みます。

提出先

〒861-2232 熊本県上益城郡益城町馬水 123
社会医療法人 ましき会 益城病院内
FAX 096-286-8145

※熊本県精神保健福祉士協会では、会員名簿を作成しております。氏名・所属機関・連絡先の記載をしております。所属機関変更等ございましたら、上記連絡先へ退会・変更届でご連絡お願い致します。会員名簿については、会員のみ配布を予定しております。会員名簿への記載は、強制ではございませんが、会員同士のネットワークの構築・拡大の為、多くの方の賛同をお願い致します。

会員名簿記載に同意しますか？ 同意する ・ 同意しない

令和 年 月 日

氏名 _____