

# 香川県精神保健福祉士協会 入会申込書

※受付	年	月	日
※承認	年	月	日

フリガナ	
1. 氏名	印 (男・女)
2. 生年月日	年 月 日 (歳)
3. 所属	
4. 同所在地連絡先	〒 -
	TEL ( ) - FAX ( ) -
5. 郵便物送付先	〒 -
	TEL ( ) - FAX ( ) -
6. メールアドレス ※協会メーリングリスト 登録のため、必須です。	( @ )
7. 職種	
8. 日本精神保健福祉士協会 入会の有無	公益社団法人日本精神保健福祉士協会の ( 会員 ・ 非会員 ) である
9. 最終学歴	
10. 経過年数 (複数職場に渡る場合のみ)	年 (職場名① : 年 / ② : 年)
11. 備考欄	

〈記入要綱〉

- ・※の欄は記入しないでください。
- ・年号は西暦でご記入ください。
- ・1. 7. 8. 11 は該当するものを○で囲んでください。
- ・5. は4. と同じ場合は“同上”とご記入ください。
- ・9. は学校名、学部名、学科名をご記入ください。

**【添付書類】**

精神保健福祉士登録証のコピー