

(様式第1号)

申込日 令和 年 月 日

栃木県精神保健福祉士会 会長 様

栃木県精神保健福祉士会入会申込書

日本精神保健福祉士協会構成員番号		国家資格登録番号	第	号
フリガナ		生年月日	性別	
入会申込者名	印	昭・平	年	月 日 男・女
自宅住所 (可能であれば)	〒 -	TEL - -	FAX - -	
	Eメールアドレス		メーリングリスト登録希望(※1)：有・無	
所属機関名			所属部署	役職名
所属機関所在地	〒 -	TEL - -	FAX - -	
	Eメールアドレス		メーリングリスト登録希望(※1)：有・無	
最終学歴	年卒業			
興味のある分野、 研究歴、研究業績など (あれば具体的に)				
職歴				
会員名簿への掲載(※2)	自宅のみ可 ・ 所属機関のみ可 ・ どちらも可 ・ どちらも不可			
郵送物の送付先(※2)	自宅 ・ 所属機関			

※1 メーリングリストにご登録いただいた方には随時最新の情報を発信しております。

※2 必ずいずれか一つに○をつけて下さい。

*入会にあたり一言お願いいたします (広報誌「PSW 通信」に掲載します)

----- 以下は記入しないでください -----

会長	事務局処理欄	事務局長	コメント
令和 年 月 日	受付日 令和 年 月 日 会費納入日 令和 年 月 日 理事会承認日 令和 年 月 日	令和 年 月 日	