

広島県精神保健福祉士協会 【登録変更届】

広島県精神保健福祉士協会 会長 様

この度、登録内容に変更が生じたので届け出ます。

※ 太枠内は必ずご記入ください。その他は変更事項のみご記入ください。

| | | | | |
|-------------------------------|---|---|--|--|
| フリガナ | | 旧姓 | 会員番号 | |
| 氏名 | | | | |
| 現所属 | | | | |
| 変更 | <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 資格取得 <input type="checkbox"/> 所属機関 <input type="checkbox"/> 自宅住所 <input type="checkbox"/> 連絡先 <input type="checkbox"/> メールアドレス | | | |
| 精神保健福祉士国家資格 | 有 ・ 無 | 登録番号 | 第 号 | |
| 受験資格取得学校名 | (卒業年; 年卒) | | | |
| 公益社団法人日本精神保健福祉士協会に入会を | <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> する予定 | | | |
| PSW経験年数 | 年 【左記以外で精神医療福祉分野での経験年数 年】 | | | |
| (法人名等正式名称をご記入下さい) 変更後の所属機関 | フリガナ | 種 別 | | |
| | 名称 | <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 障害者福祉サービス事業所等 (Ex.作業所、居宅介護支援事業所) <input type="checkbox"/> 行政機関 (Ex.市役所) <input type="checkbox"/> 教育機関 (Ex.専門学校) <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | 部署 | | | |
| | 所在地 | 〒 - - TEL - - FAX - - | | |
| | | フリガナ | | |
| | 入職年月日 | 西暦 年 月 日 | | |
| 自宅 | 住所 | 〒 - - TEL - - FAX - - | | |
| | | フリガナ | | |
| | 携帯電話 | - - | | |
| 郵送物の送付先 | <input type="checkbox"/> 所属機関 ※ 原則として所属先へ送付します。特段の事情がある場合は右欄へ☑して下さい。 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 | | | |
| 協会員名簿 | 協会員への配布用名簿に所属機関の掲載を希望しない場合 ⇒ <input type="checkbox"/> 希望しない ※ 氏名のみの掲載となります | | | |
| メールアドレス | 当協会では、会員相互の円滑な情報伝達のため、メーリングリストへの登録をお願いしています。研修等の情報は、原則メーリングリストで通知いたしますので、未登録の方は必ず下記にご記入ください。 | | | |
| メーリングリストの登録希望アドレス | フリガナ | @ | | |
| | ① 必須 | @ | <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 個人 | |
| | フリガナ | @ | | |
| | ② 任意 | @ | <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 個人 | |
| フリガナ | @ | | | |
| | ③ 任意 | @ | <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 個人 | |
| 備考 | | | | |

| | | |
|--------|----|----------|
| 事務局処理欄 | 受付 | 西暦 年 月 日 |
| | 処理 | 西暦 年 月 日 |
| | 備考 | |