

長野県精神保健福祉士協会入会申込書

年 月 日 申込

1 氏^{フリガナ}名 男 女

2 生年月日 年 月 日

3 会員別 該当する□にレ印

正会員 (精神保健福祉士として登録し、本会の目的に賛同する者)

精神保健福祉士登録年月日 年 月 日

登録番号

国家資格合格年 (第 回試験)

準会員 (精神保健福祉の職種に従事し、本会の目的に賛同する者)

4 自宅住所 〒 Tel FAX

(名簿に記載 可 不可)

5 勤務先住所 〒 Tel FAX

勤務先 所属 職種

6 メールアドレス 自宅 職場

※協会メーリングリストへの登録 可 否

7 会費(年会費)

正会員 金 5000 円

準会員 金 3000 円

[入金方法] 年会費を次の口座に銀行振込でお支払いください。

八十二銀行 上田東支店 (店番号 313) 口座番号 1094349

口座名義 「長野県精神保健福祉士協会 会計納入口」