

長野県精神保健福祉士協会入会申込書

長野県精神保健福祉士協会 会長 様

私は、貴協会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

申込日 年 月 日

ふりがな	
氏 名	
生年月日	年 月 日

会員別 ※該当する項目に☑	☐ 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） ☐ 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）
------------------	--

※精神保健福祉士として登録されている方は登録証の写しを添付してください。

自宅住所	〒	—
TEL	—	—
E-mail		

勤務先名	ふりがな		
所在地	〒		—
TEL	—	—	
FAX	—	—	
E-mail			

郵便物送付先	☐ 自宅	・	☐ 勤務先			
電話連絡先	☐ 自宅	・	☐ 勤務先			
協会メーリングリストへの登録	☐ 自宅	・	☐ 勤務先	☐ 可	・	☐ 否

※提出書類 ①本申込書 ②精神保健福祉士登録証の写し

※入会までの流れ

提出書類①と②を事務局までご郵送下さい。理事会での承認後、事務局より入会にあたってのご案内とともに年会費の納付書を郵送させていただきますので、概ね1ヵ月以内に上記年会費をお振込み下さい（現金での受け付けは致していません）。

※会費（年会費） お間違えのないようにお振込み下さい

・ 正会員 : 5,000 円 ・ 準会員 : 3,000 円

【書類郵送先】

長野県精神保健福祉士協会事務局
〒380-0921 長野県長野市栗田695
公益財団法人倉石地域振興財団
栗田病院 地域連携室内