

様式3

高知県精神保健福祉士協会 御中

入 会 届

年 月 日

高知県精神保健福祉士協会 会長様

高知県精神保健福祉士協会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

氏名 <small>フリガナ</small>	印	(男・女)	生年月日	年 月 日
勤務先	名称	所属・職名		
	住所	〒		
	Tel		Fax	
	直通Tel		mail	
自宅	住所	〒		
	Tel		Fax	
	mail			
最終学歴 (卒業年度・大学・学部など詳しく)				
取得資格	取得年月日	名 称		
職歴				
資料送付先	*郵送料削減の為、メールアドレスのある方は郵送ではなくメール配信とさせていただきます。又、所属先にメールアドレスがある場合、自宅ではなく職場へメール配信をさせていただきます。 *メールアドレスのない方は下記より選択し、チェックをして下さい。 <input type="checkbox"/> 所属先へ郵送 <input type="checkbox"/> 自宅へ郵送 その他特記事項 ()			
＜日本精神保健福祉士協会への入会状況＞				
1. 入会済				
2. 本日より31日以内に入会および手続きを済ませた事の報告を事務局長に行うことをお約束致します。				