

一般社団法人兵庫県精神保健福祉士協会 変更届

届出年月日 年 月 日

| | | |
|------|----|-----------------------------|
| 会員番号 | 氏名 | 現在(一社)兵庫県精神保健福祉士協会に登録している所属 |
| | | |

◎変更のある項目にのみ口にチェックを入れ、記載を行って下さい。

| | | | |
|--------------------------|----|---|---------|
| <input type="checkbox"/> | 所属 | 名称 | 法人(団体)名 |
| | | 所在地 〒 | |
| | | TEL () | FAX () |
| | | 区分(該当するものを○で囲んで下さい) ・精神科病院・一般科病院・診療所・行政関係・救護施設・高齢者関係機関・教育研究機関 ・自宅会員・その他関係機関 ・総合支援法関係機関(サービス種類) | |
| | | メールアドレス ※職場などで共用しているアドレスではなく、個人で使用できるアドレスにしてください。 ※携帯メールアドレス不可。 ※「@hyogo-psw.org」からのメールが受信できるよう、ドメイン指定解除等の設定をお願いします。 | |

◆自宅住所 ※自宅住所は会員管理上必要ですので、転居される場合にも届出を行って下さい。

| | | |
|--------------------------|------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | 自宅住所 | 住所 〒 |
| | | TEL () FAX () |

※自宅会員の方は氏名のみ名簿への記載を行います。

◆発送先

| | | |
|--------------------------|--------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | 協会からの資料等の送付先 | 所属機関 ・ 自宅 |
|--------------------------|--------------|-----------|

◆学歴(最終学歴および資格取得に関する学歴がある場合はそれも記載して下さい。いずれも学部学科まで。)

| | | |
|--------------------------|-----|----|
| <input type="checkbox"/> | 年 月 | 卒業 |
|--------------------------|-----|----|

◆職歴(精神保健福祉分野での職歴があれば記載して下さい。)

| | |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | 年 月 ~ 年 月 |
| | 年 月 ~ 年 月 |

◆資格

| | | | |
|--------------------------|-----------------|-------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 精神保健福祉士国家資格 | 有 ・ 無 ・ 登録中 | 登録番号 |
| <input type="checkbox"/> | (公社)日本精神保健福祉士協会 | 会 員 (会員番号) | ・ 非会員 |

◆その他

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | |
|--------------------------|--|

※1号会員は、(公社)日本精神保健福祉士協会への変更連絡も忘れずに行うようにしてください。

注意 : この様式は(一社)兵庫県精神保健福祉士協会にのみ有効です。

| | | |
|-----------|------|-------|
| 事務局 (理事会) | 通信情報 | 種別コード |
| / (/) | / | |

※事務局処理欄ですので、ここには何も記入しないでください。