

※ は、いずれかを選択して✓を入れてください。

届出年月日 20 年 月 日

会員番号	氏名	ふりがな	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名

◎変更のある項目にのみ に✓を入れて新しい情報を記載してください

<input checked="" type="checkbox"/>	名称			法人(団体)名	
	区分	下記よりお選びください			
		<input type="checkbox"/> 行政機関(県・市町村)	<input type="checkbox"/> 社会福祉協議会		
		<input type="checkbox"/> 精神科病床のある病院	<input type="checkbox"/> その他の病院		
		<input type="checkbox"/> 診療所/クリニック	<input type="checkbox"/> 障害者総合支援法関係機関(施設)		
		<input type="checkbox"/> 高齢者関係機関(施設)	<input type="checkbox"/> 教育・研究機関		
		<input type="checkbox"/> その他関連機関	<input type="checkbox"/> 自宅会員		
	※「その他関連機関」を選ばれた方は、事業種別等を記入してください。↓↓				
	()				
	所在地	〒			
◆所属	所属の連絡先	TEL	所属先のFAX	あり →	なし
個人の連絡先	所属先の変更、退職などの場合もあるため 個人の連絡先もご記入ください TEL: _____				
メールアドレス (協会からのお知らせやPメールの受信を希望する方に☑を入れてください。)					
<input type="checkbox"/>	個人用アドレス	@			
<input type="checkbox"/>	職場用アドレス	@			
※協会からのお知らせやPメール(精神保健福祉関連情報、研修案内、求人情報など)をお送りしますので、メールアドレスは必ず記載してください。 ※複数のアドレスをご登録いただいている場合、協会からのお知らせやPメールの受信を希望するメールアドレスにチェックしてください。 ※できるだけ個人で使用できるアドレスにしてください(個人・職場両方の届け出も可能です)。 ※原則、携帯メールアドレス不可です。					

◆発送先

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

◆自宅住所

※自宅会員の方並びに協会からの発送物等の送付先を自宅宛とする方は、必ず記入してください。
※所属の情報を記載いただいた方並びに協会からの発送物等の送付先が所属機関宛の方は、記入不要です。

※建物名の記載を必ずお願いします(協会からの発送物が届かないことがあります)
※自宅会員の方は氏名のみ会員名簿に記載します

自宅住所	住所	〒			
	TEL		FAX	あり →	なし
メールアドレス	※上記「個人用アドレス」に記載をいただいている場合は、記載の必要はありません @				

◆資格

精神保健福祉士国家資格	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	(※有資格の方は登録番号)
日本精神保健福祉士協会	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	(※既会員の方は会員番号)

※申請中の場合は、登録番号が分かり次第、下記事務局メールアドレスまで連絡をお願いします

※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

◆その他

--

※お問い合わせは、下記事務局まで

一般社団法人兵庫県精神保健福祉士協会 事務局
〒650-0027神戸市中央区中町通3丁目1番8号 ライオンズステーションプラザ神戸507号
TEL&FAX/078-362-8920 office@hyogo-psw.org

事務局 記入欄	台帳	MA	情報	Pメール	受理	チェック