三重県精神保健福祉士協会申込書

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　名 |  | 生年月日 | 西暦　　　年　　月　　日生 |
| 勤務先 | 施設名称  住　所　　　〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-MAIL | | |
| 自　宅 | 住　所　　　〒    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-MAIL | | |
| 最終学歴  （卒業年月記入） |  | | |
| 職　歴 |  | | |
| 所属団体 | １．日本精神保健福祉士協会　　　　２．三重県医療ソーシャルワーカー協会  ３．日本社会福祉士会　　　　　　　４．その他団体（　　　　　　　　　　　）※該当番号を〇で囲んで下さい | | |
| 会員区分 | □正会員（日本精神保健福祉士協会入会者）　　□準会員 | | |
| 資格の有無 | 精神保健福祉士国家資格（有・無）／　同受験資格（有・無）  社会福祉士国家資格　　（有・無）／　同受験資格（有・無） | | |
| 精神保健福祉士  受験予定年度 | 平成　・　令和　　　年度 | | |
| 備　考 | ≪郵便物送付先≫  □勤務先　　□自宅  《メーリングリスト登録について》  例会・研修会の情報をお届けするために、会員の皆様へメーリングリストへの登録をお願いしています。  □勤務先メールアドレス　　□自宅メールアドレス　　□登録を希望しない | | |

|  |
| --- |
| 事務局・送付先  〒515-0052　三重県松阪市山室町2275  南勢病院 地域医療連携室 （担当：森本）  電話：0598-30-5840 FAX：0598-29-0096  Email:psw-morimoto@nansei-hospital.jp |