三重県精神保健福祉士協会申込書

平成　　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 |
| 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　　　年度 |
| 備　考 | ≪送付先≫□勤務先□自宅 |

|  |
| --- |
| 事務局・送付先〒510－0226　鈴鹿市岸岡町589－2三重県厚生農業協同組合連合会　鈴鹿厚生病院地域医療センター　辻　宏明TEL　059－382－1401（代表）　FAX　059－381－3171 |