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 |