年　　月　　日

入　会　申　込　書

日本精神保健福祉士協会島根県支部　　支部長　様
島 根 県 精 神 保 健 福 祉 士 会　　会　長　様

「公益社団法人　日本精神保健福祉士協会」会員の方は正会員、非会員の方は賛助会員となります。それぞれ該当する番号に〇をつけてください。

１．正会員

（公益社団法人日本精神保健福祉士協会会員　会員番号［　　－　　］）
日本精神保健福祉士協会島根県支部及び島根県精神保健福祉士会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。（申請予定の場合は、会員番号欄に「申請中」とご記入ください。会員番号がわかり次第、事務局までお知らせください）

２．賛助会員

島根県精神保健福祉士会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

（ふりがな） 氏　　名	印
生年月日	年　　月　　日
所属先	名 称 住 所　〒 ＴＥＬ（　　）　　－ ＦＡＸ（　　）　　－
※「無所属の方」は右欄に郵送希望先をご記入下さい。	〒 ＴＥＬ（　　）　　－ ＦＡＸ（　　）　　－
所持資格	□　精神保健福祉士　　□　その他 □　社会福祉士　　（　　） □　介護支援専門員 □　保健師

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・事務局記載欄・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

受付日	承認日	支部長	事務局長	入会担当	会計担当	メール担当
年　月　日	年　月　日					