

一般社団法人宮崎県精神保健福祉士協会入会申込書

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	S・H 年 月 日	
精神保健福祉士登録番号				
最終学歴		学校名		
所属機関	ふりがな			
	名称			
	ふりがな			
	住所			
		郵便番号	TEL	FAX
種別 (○で囲む)	医療機関 障がい福祉サービス等 高齢者関係施設 行政 その他()			
自宅	ふりがな			
	住所			文書送付先 (○で囲む)
		郵便番号	TEL	※mail希望の方はアドレス記載
				・職場郵送 ・自宅郵送 ・電子メール希望 アドレス ()

《会費振込先》

振込銀行	宮崎銀行 神宮支店	口座名	一般社団法人宮崎県精神保健福祉士協会 代表理事 押川 奉史
種類	普通	口座番号	101489

※1 自宅住所の記載をお願いします。

※2 会員名簿作成の際、氏名・所属機関情報を掲載します。掲載してもよろしいでしょうか。

チェックをお願いします。チェックのない場合は承諾とします。(承諾する 承諾しない)

上記のとおり、一般社団法人宮崎県精神保健福祉士協会に入会いたします。

一般社団法人宮崎県精神保健福祉士協会代表理事殿

令和 年 月 日

氏名