会員登録内容変更届

一般社団法人千葉県精神保健福祉士協会　会長　様

以下の通り、会員登録の内容を変更します。

令和　　　年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　印

※氏名変更の方については、変更前のお名前をお書きください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 |  | 男・女 | （西暦）　　　　　　　年　　　月　　　日 |

【所属（勤務先）】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団体種別 | 社会福祉法人　　・　　NPO法人　・　　医療法人 | 団体名称 | フリガナ |
| 株式会社　　・　　行政　　・　　一般社団法人 |  |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| 機関名称 | フリガナ | | |
| 部署名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 所在地 | 〒　　　　－ | | |
|  | | |
| 電話　　　　　　　　-　　　　　　　　-　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　-　　　　　　　　- | | |

※太枠内は協会名簿への掲載内容となります。

【自宅】

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒　　　　－ |
|  |
| 電話　　　　　　　　-　　　　　　　　-　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　-　　　　　　　　- |

【郵送物希望送付先】　上記（　　所属（勤務先）　　・　　自宅　　）

【精神保健福祉士資格について】

|  |  |
| --- | --- |
| 登録年月日(西暦)　　　　　　　　年　　　月　　　日 | 登録番号（　　 　　　　　　　　　） |

【公益社団法人日本精神保健福祉士協会への入会について】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入会有無 | １．　あり　　　　　２．　なし | １．と回答の方 | 会員番号（　　 　　　　　　　　　） |

【提出先】・郵送の場合：〒２６０－００２６

　　　　　　　　　　　　　千葉県千葉市中央区千葉港４－５　千葉県社会福祉センター５階

・FAXの場合：０４３６－２４－８２２８　市原メンタルクリニック