**長野県精神保健福祉士協会入会申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　申込

１　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　男　　女

２　生年月日　　　　　　年　　　月　　　日

３　会員別　　該当する□にレ印

* 正会員　(精神保健福祉士として登録し、本会の目的に賛同する者)

　　　　　精神保健福祉士登録年月日　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　登録番号

　　　　　国家資格合格年　　　　　　　　　　　(第　　回試験)

* 準会員（精神保健福祉の職種に従事し、本会の目的に賛同する者)

４　自宅住所　　　　〒　　　　　　　　℡　　　　　　　　　　FAX

　　　　　　　　　　(名簿に記載　　□可　　　□不可)

５　勤務先住所　〒　　　　　　　　℡　　　　　　　　　　FAX

　　　勤務先　　　　　　　　　　　所属　　　　　　　　　　職種

　　※資料送付先　　□自宅　　□職場

６　メールアドレス　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□自宅　　□職場

　　　　　　　　　　　　　　　　※協会メーリングリストへの登録　　□可　　　□否

７　会　費(年会費)

　　正会員　　金　5000円

　　準会員　　金　3000円

[入金方法]　 年会費を次の口座に銀行振込でお支払いください。

　　八十二銀行　　上田東支店（店番号　313）　　口座番号　1094349

　　口座名義　「長野県精神保健福祉士協会　会計納入口」