

公益社団法人日本精神保健福祉士協会 入会申込書

事務処理欄

公益社団法人日本精神保健福祉士協会 会長 様

私は、貴協会の目的に賛同し、入会を申し込みます。
入会後は「精神保健福祉士の倫理綱領」を遵守します。

| | | | | |
|------|------|-------|---------|-----|
| 受付日 | 年 | 月 | 日 | 入力者 |
| 提出書類 | 登録証写 | 口振登録 | 基幹 I 証書 | |
| 適用 | 若年 | 入会金免除 | 学生会員 | |
| 入金日 | 年 | 月 | 日 | 確認者 |
| 承認日 | 年 | 月 | 日 | |
| No. | 0 | | | |

申込日 20 年 月 日 (年度入会希望)

| | | | |
|------|----|-------------|-------------|
| ふりがな | 性別 | 生年月日 | 精神保健福祉士登録番号 |
| 氏名 | 印 | 西暦 年 月 日 | 第 号 |

| | | | |
|------|--------------------------|------|--|
| 自宅住所 | (マンション、アパート等の名称もご記入ください) | | |
| TEL | FAX | 携帯電話 | |

| | | | |
|----------|--------|-----|-----|
| 勤務先名 | ふりがな | | |
| 所在地 | 都府県 | | |
| 電話連絡の可否※ | 可 ・ 不可 | TEL | FAX |

※選択がない場合、「電話連絡可」とさせていただきます。

| | | | |
|------------|-------------|----------------|---|
| 定期刊行物等 送付先 | 基幹研修 I 受講有無 | 修了証書番号※修了者のみ記入 | ←※入会年度、入会前年度に基幹研修 I を修了された方のみ「修了」に○をし、修了証書(写)を添付してください。受講履歴を本協会生涯研修制度の研修履歴に反映することができます。 |
| 自宅 ・ 勤務先 | 修了 ・ 未修了 | I - | |

| | |
|---------------|--|
| 本人専用メールアドレス ※ | メールマガジン登録 |
| | 左のアドレスを構成員メールマガジンに登録します。 登録しない方は☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 登録しない |

※o(オー)0(ゼロ)l(エル)1(イチ)-(ハイフン)_(アンダーバー)等の区別が付くよう正確にご記入ください。
※受信制限されている場合は、「@japsw.or.jp」からのメールを受信できるように事前に設定をお願いします。本協会よりご連絡をお送りする場合があります。

◇ここからは、別紙コード表をご参照のうえ、回答をご記入ください (コード表掲載URL <http://www.japsw.or.jp/nyukai/code.html>)

| ① 勤務先について | | ③ 都道府県精神保健福祉士協会等への入会について | | | ② 学歴・国家資格取得方法 | | ⑤ 所持資格・免許について | | |
|--------------|-----|---------------------------|-------|-------|-----------------|-----|---------------------------------------|--|--|
| コード表 | 記入欄 | ※複数職場に勤務されている方のみ回答 | | | コード表 | 記入欄 | ※7 国家試験の受験資格取得方法の回答が「01」～「11」の方のみ下記回答 | | |
| | | 第2勤務先 | 第3勤務先 | 第4勤務先 | | | 受験資格取得学校名 | | |
| 1 勤務先機関・施設種別 | | | | | 6 最終(最高)学歴 | | 卒業年月 | | |
| 2 従事している職種 | | | | | 7 国家試験の受験資格取得方法 | | 年 月 | | |
| 3 勤務先での立場 | | ③ 都道府県精神保健福祉士協会等への入会について | | | ④ 社会福祉士資格の有無 | | ⑤ 所持資格・免許について | | |
| 4 勤務先の経営主体 | | ・ あり ・ なし ・ 入会予定 (月頃) | | | あり ・ なし | | コード表 記入欄 (複数回答可) | | |
| 5 雇用形態 | | 入会(予定)先の都道府県名(複数回答可) | | | 「あり」の場合登録年月 | | 8 所持資格・免許 | | |
| | | | | | 年 月 | | | | |

留意事項:

- ・入会金・初年度会費は郵便局よりご入金の上、本書と精神保健福祉士登録証のコピー、預金口座振替依頼書の3点を同封し、本協会へご郵送ください。
- ・入会手続きに不足があり、受付日から1年経過した申込書類に關しましては、入会意思がないものとみなし、破棄させていただきますのでご了承ください。
- ・都道府県精神保健福祉士協会等に入会(予定)状況を照会させていただくことがあります。

(2019.04)

ご入会のお申し込みをいただきました皆様へ ～アンケートへのご協力のお願ひ～

公益社団法人日本精神保健福祉士協会

この度は、本協会へのご入会をお申し込みいただき、誠にありがとうございました。
本協会では、今後の入会促進方策を検討する際の参考資料とさせていただくため、ご入会のお申し込みをいただきました皆様へのアンケートを実施させていただいております。
お手数をおかけいたしますが、ご回答くださいますよう、どうぞよろしくお願い申し上げます。
なお、ご回答いただきました内容については、数値的処理を行い、個人を特定した利用は一切行いません。

＜＜＜ アンケート ＞＞＞

＜該当する項目に☑を付けてください＞

1. 入会のお申し込みをいただいたきっかけをお教えてください(複数回答可)。

- 本協会構成員(先輩、同僚等)の勧め
- 都道府県協会の勧め
- 所属機関の勧め
- 大学または精神保健福祉士養成施設の教員の勧め
- 学生会員制度の利用を経て
- 基幹研修Ⅰの受講
- 本協会が運営する課題別研修・講習会の受講
- ホームページを見て
- 入会案内を見て
- 機関誌「精神保健福祉」を読んで
- 精神保健福祉士合格証書に同封の案内を見て
- 「都道府県精神保健福祉士協会等会員における本協会未入会の方を対象とした入会金免除制度」の対象だった
- 「若年かつ経験の浅い精神保健福祉士への会費減額制度」があったため
- その他()

2. 入会のお申し込みをいただいた理由(目的)をお教えてください(複数回答可)。

- 自己研鑽のため
- 研修等を受講したいため
- 情報収集のため
- ネットワーク構築のため
- 「研修認定精神保健福祉士」・「認定精神保健福祉士」の取得のため
- 専門職の責務であると考えため
- 専門職として行政や社会へ意見を反映させるため
- 本協会学術集会における演題発表のため
- 都道府県協会の入会条件であるため
- その他()

3. 本協会への期待、要望等をお聞かせください。

| |
|--|
| |
|--|

ご協力ありがとうございました。

| | | |
|--------|--|--|
| 事務局使用欄 | | |
|--------|--|--|