

北九州地区精神保健福祉士協会入会申込書

平成 年 月 日

氏名	
所属機関名称	
所属機関住所	〒 TEL FAX (内)
e-mail	自宅・職場
※書類送付先住所	自宅・所属先・その他 〒

キリトリ

※ 当協会への入会資格は、北九州市及び遠賀、中間地区、京築地区において、精神保健福祉士及び精神保健福祉分野で相談援助業務を行っていることです。(上記区以外は準会員)

※ 北九州地区精神保健福祉士協会の会則をご承諾のうえ、お申し込み下さい。
尚、入会されますと会員名簿ならびに年報「きたぴい」、機関誌「きたぴい」に氏名と所属機関名称が掲載されます。

※ 入会時に会費を納入ください。郵便振替もご利用になれます。
通信欄に「平成〇〇年度 会費(入会)」と明記してください。

口座名称：北九州地区精神保健福祉士協会 口座番号：01710-9-103528

領 収 書

平成 年 月 日

様

★ ￥ 3,000 —

平成 年度会費として上記正に領収いたしました。

北九州地区精神保健福祉士協会
会長 今村 浩司