

送信状不要

【FAX: 052-684-6145】

一般社団法人愛知県精神保健福祉士協会事務局宛 切: 令和3年5月22日(土)

定 時 総 会 及 び 支 部 総 会 参 加 票

日時: 令和3年6月6日(日) 10:00~ 場所: ツドイコ名駅東カンファレンスセンター

※ 必ずご氏名、ご所属を記入いただいたのち、参加方法を以下の□から選択し
□を入れて送信して下さい。

令和 3 年 月 日

ご氏名: _____ ご所属: _____

□ 1. 会場参加

□ 2. 委 任 ※以下、委任者を□して下さい。議長及び空欄は無効になりますのでご注意ください。

委任状
私議、都合により第5回一般社団法人愛知県精神保健福祉士協会定時総会及び第17回
公益社団法人日本精神保健福祉士協会愛知県支部総会に関して、議決権の一切を議決の
結果に委ねることとし、以下のいずれかの者に一任致します。
□会長(支部長) 中住正紀 □その他 氏名 _____

□ 3. 書面表決 ※全ての議案について賛否を□してください。

一社) 愛知県精神保健福祉士協会定時総会

- 第1号議案 □賛成 □反対 □保留
第2号議案 □賛成 □反対 □保留
第3号議案 □賛成 □反対 □保留
第4号議案 □賛成 □反対 □保留

公社) 日本精神保健福祉士協会愛知県支部総会

- 第1号議案 □賛成 □反対 □保留

※当日の様様を ZOOM で視聴することができます(当日 URL は県協会 HP で公開)。ただし、対象者は参加票を提出
した会員に限らせていただきますのでご了承ください。詳細は案内文をご確認ください。