

## 変更届

一般社団法人 愛知県精神保健福祉士協会 会長殿

令和 年 月 日 以下のとおり、登録内容を変更いたします。

※ 変更前は全て記入していただき、変更後は変更箇所のみ記入してください。

		変更前（全て記入）	変更後（変更箇所のみ記入）
フリガナ			
氏名			
生年月日		昭和・平成 年 月 日	
所属機関	フリガナ		
	機関名		
	住所	〒	〒
	TEL		
	FAX		
	メール1	@	@
自宅住所・連絡先	種別	1. 医療機関 (精神科病院・診療所・総合病院・一般病院)	1. 医療機関 (精神科病院・診療所・総合病院・一般病院)
		2. 障害福祉サービス事業所	2. 障害福祉サービス事業所
		3. 行政機関	3. 行政機関
		4. 高齢者対象施設など	4. 高齢者対象施設など
		5. 福祉関係施設など	5. 福祉関係施設など
		6. 教育・研究機関	6. 教育・研究機関
		7. その他( )	7. その他( )
		8. 所属なし	8. 所属なし
		住 所	〒
TEL			
FAX			
メール2	@	@	
e-mailアドレス		※地区ブロックごとのマーリングリストに登録するアドレスになります。職場の代表アドレスのように、非会員が閲覧できるアドレスは登録ができません。個人アドレスの記載をお願い致します。 @	
会員名簿に自宅住所の記載をする・しない (自宅会員のみ)			
郵便物送付先	職場	・	自宅
職場	・	自宅	

※ 事務局まで郵送またはFAXをしてください。(送信状不要)

※事務局処理欄

【一般社団法人愛知県精神保健福祉士協会 事務局】

〒460-0022 名古屋市中区金山1丁目2番24号ロンシャン金山502号

TEL 052-684-6148 / FAX 052-684-6145

承認	入力