

[年会費の支払い]

1. 施設で取りまとめて申し込む場合は、記入した入会申込書と年会費10,000円を施設会員代表者様にお渡しください。
2. 個人で申し込む場合は、払込取扱票を切り離し、入会年度・入金者氏名・払込金額等を記入のうえ、郵便局窓口・ATMで払い込みください。なお、払い込み後の半券は、領収書として保管してください。

[入会申込書記入要領]

1. 入会される年度を記入してください。
2. 氏名は戸籍上の氏名を記入し、必ずふりがなを付けてください。
3. 生年月日は必ず西暦で記入してください。
4. 勤務先施設名は法人名を含めた正式名称を記入してください。ただし、個人で入会される場合は、勤務先施設名及び勤務先所在地は記入しないでください。
5. 職種は該当するものに○印をつけてください。
6. 入会歴のある方は、「ある」に○印をし、都道府県名・会員番号を記入してください。但し、入会歴が不明な場合は空欄で提出してください。

様式 1 (新入会員及び再入会員作成)

西暦 () 年度入会申込書

ふりがな 氏 名	()	女 男				
生 年 月 日	西暦 年 月 日 () 歳					
勤務先施設名						
勤務先所在地	〒 □□□-□□□□ TEL - -					
本人の現住所	〒 □□□-□□□□ TEL - -					
メールアドレス	@					
職種 (該当するものに○印を付けてください)						
<table border="1"> <tr> <td>看 護 師</td> <td>准 看 護 師</td> <td>保 健 師</td> <td>医 師</td> </tr> </table>			看 護 師	准 看 護 師	保 健 師	医 師
看 護 師	准 看 護 師	保 健 師	医 師			
※その他、精神保健・医療・福祉領域での業務経験のある方						
<table border="1"> <tr> <td>精神保健福祉士</td> <td>作業療法士</td> <td>公認心理師</td> <td>看護補助者</td> </tr> </table>			精神保健福祉士	作業療法士	公認心理師	看護補助者
精神保健福祉士	作業療法士	公認心理師	看護補助者			
その 他 ()						
入 会 歴	ある ・ ない					
入会歴のある方	()支部で登録 会員番号()					
西暦 年 月 日						
<p>会費 10,000円を納入して入会を申し込み致します。 ※書類の送付と会費の納入は同時期に行ってください。</p> <p>一般社団法人 日本精神科看護協会 会長 殿</p>						

(注) 裏面の記入要領を熟読のうえ、作成してください。