

公益社団法人 佐賀県社会福祉士会入会申込書

公益社団法人 佐賀県社会福祉士会 会長 殿

私は、公益社団法人佐賀県社会福祉士会に入会を申し込みます。

会員番号

記入日

西暦

年

月

日

フリガナ			性別	1. 男 2. 女	生 年 月 日	19 年 月 日
氏名						(昭和・平成 年)
自宅住所	〒 -				TEL (市外局番からお願いします)	
					携帯電話	
	〒 - アパート・マンション名まで記入して下さい。				FAX (同上)	
					電子メールアドレス 1 2	
勤務先	名 称				TEL (市外局番からお願いします)	
	所在地	〒 -			FAX (同上)	
郵便物 (毎月のニュース他) の送付先 ☐ 自宅 ☐ 勤務先 ☐ その他 ()						
昼間の連絡先 ☐ 自宅 ☐ 勤務先 ☐ 携帯				職種		
国家試験合格年月		年 月 (第 回試験)				
社会福祉士登録年月日		年 月 日				
社会福祉士登録番号		第 号				
養成施設名		年 月 修了				
最終卒業学校名		学部名		年 月 卒業		
★ 日本社会福祉士会への登録後年間数回の情報誌が送付されます。						
会員用HPの名簿に掲載を希望しない項目に☑お願いします。(☑が無い項目は掲載します)						
☐ 氏名 ☐ 住所 ☐ 電話番号 ☐ 勤務先名称 ☐ 勤務先所在地 ☐ 勤務先電話番号						

* 申込書、登録証 (写) をお送り下さい。ご不明な点がございましたら、事務局まで御連絡下さい。(月～金、9:00～18:00まで職員が常駐しております。)

連絡先：公益社団法人佐賀県社会福祉士会 〒849-0935 佐賀市八戸溝1丁目15番3号

TEL: 0952 (36) 5833・FAX: 0952 (36) 6263・E-mail: shafukushi@saga-csw.or.jp

☐ 名簿 ☐ クックシール ☐ 本部 ☐ 登録証 (☐ 振替 ☐ 振込)