

B2 学会員原簿

会員番号 B2-○○○○

フリガナ  
氏名

性別（非公開） 男 女 答えない  
生年月日（非公開） 西暦 年 月 日

勤務先名 勤務先公開 可 不可

勤務先日精診会員名

勤務先住所 〒

TEL

FAX

自宅住所 〒

（非公開）

TEL

FAX

Email

E-mail 情報公開 可 不可

書類送付先 自宅住所 勤務先住所

職種（複数の場合は、登録年月日の後に優先番号を記載してください）

職種公開（登録番号以下は非公開） 可 不可

登録番号 登録年月日

登録番号 登録年月日

精神保健福祉士

看護師

准看護師

保健師

作業療法士

社会福祉士

公認心理師

臨床心理師

その他（具体的に記載。国家資格は登録番号・登録年月日も記載）

以下は非公開です

最終学歴（学部・学科まで記載。職種に関係したものは最終学歴以外でも必須）

学校名 西暦 年 月卒業

学校名 西暦 年 月卒業

職歴（西暦で記載）

年月から 年月まで 勤務先 職種

学会記入欄（記入しないでください）

入会年月日 年 月 日 退会年月日 年 月 日

休会年月日 年 月 日 ~ 年 月 日

備考