

神奈川県精神保健福祉士協会事務局 FAX 045-821-5354



神奈川県精神保健福祉士協会 派遣活動応募フォーム

活動名	神奈川県障害者介護給付費等不服審査会委員		
依頼元	神奈川県		
活動場所	神奈川県内		
活動任期	平成28年 4月 1日 ~ 平成31年3月31日		
活動日	別紙参照	時間	別紙参照
活動内容	別紙参照		
応募資格	①神奈川県精神保健福祉士協会会員		
謝礼			
募集締切	平成28年2月22日		
(ふりがな)会員氏名			
生年月日	年 月 日		
所属機関			
役職名			
連絡先	TEL:	FAX:	
精神保健福祉士としての実務経験	年 か月( 年 月 日現在)		
精神保健福祉士登録番号			
精神保健福祉士の登録年月日	年 月 日		
携帯(緊急連絡用)			
応募理由			

※事務局確認欄	受理日	
---------	-----	--