



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	横浜市障害支援区分認定審査会		
依頼元	横浜市		
活動場所	横浜市役所(関内)または更生相談所(新横浜)		
活動任期	平成29年4月1日 ~ 平成31年3月31日		
活動日	依頼元にて調整	時間	依頼元にて調整
活動内容	障害者総合支援法の障害支援区分決定の合議体に、精神保健福祉の専門職の立場として参加いただきます。		
応募資格	①神奈川県精神保健福祉士協会会員で会費の未納がないこと ②相談支援業務経験10年以上 ※横浜市精連と横浜市総合保健医療財団所属の方は、別に派遣依頼をしているとのことなので重複のないようお願いいたします。		
謝礼	あり (横浜市規定による)		
募集締切	平成28年9月26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 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			

※推薦書と共にご送付下さい

※事務局確認欄	受理日	
---------	-----	--