入　会　届

私は、堺市障害者相談支援専門員協会の目的に賛同し、入会いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 入会日 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 氏　名 | 　 |
| 所属機関 | 事業所名 | 　 |
| 住所 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| Eメール | ＠ |
| 相談支援専門員 | あ　り　・　な　し |
| その他の資格 | 社会福祉士　・　精神保健福祉士 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　） |