

入会要領

年会費 (税込)

※入会日は、入会申込書がメンタルヘルス協会に届いた日となります。

●入会金：**3,000円** ●年会費：**6,000円** (4月～9月入会の方) / **3,000円** (10月～3月入会の方)

会員特典

- 生涯学習WEB講座を、入会年度分毎に視聴できます。(年会費のお支払いが条件です。)
- 協会主催の研修に、会員価格で参加できます。

入会資格

本協会は、メンタルヘルスに関心をお持ちの方はどなたでもご参加いただけます。

入会方法

- 入会申込書にご記入の上、郵送、FAX、またはPDFに取り込みメール添付で協会までお送りください。
- メンタルヘルス協会の認定講座で資格を取得されている方は、講座の修了証(写し)もあわせてお送りください。
- 受付後、メンタルヘルス協会から、会員番号・ご入金金額・入金方法をご連絡いたします。
- なお、年度の途中で退会される場合、当該年度の年会費はご返却いたしません。

申込先

一般社団法人 **メンタルヘルス協会**

〒170-0005 東京都豊島区南大塚2-42-1 折原ビル

E-Mail info@mental-health-association.jp

TEL & FAX **03-3944-1180** ※お電話の受付：平日10:00～16:00 / 土・日・祝日はお休み

URL <http://www.mental-health-association.jp>

※事務局員不在のこともございます。できるだけ**メールまたはFAXで**ご連絡くださいますようお願いいたします。

送金先

※振込手数料はご負担下さい。

■三菱UFJ銀行 / 大塚支店 (支店番号171) / 普通預金

【口座番号】0084831 【口座名】一般社団法人メンタルヘルス協会



一般社団法人メンタルヘルス協会 入会申込書 <お名前のおふりがなは必ずご記入下さい。>

※太枠内は必ずご記入下さい。※□の欄は、あてはまる項目にチェックをお付け下さい。

●記入年月日:西暦 年 月 日

| | |
|---|----------------|
| ●ふりがな： | ●生年月日：西暦 年 月 日 |
| ●氏名： | |
| ●職種： <input type="checkbox"/> 1.公認心理師 / <input type="checkbox"/> 2.精神保健福祉士 / <input type="checkbox"/> 3.保健師 / <input type="checkbox"/> 4.看護師 / <input type="checkbox"/> 5.養護教諭 / <input type="checkbox"/> 6.医師 <input type="checkbox"/> 7.その他 () | |
| ●住所 (<input type="checkbox"/> 勤務先 / <input type="checkbox"/> 自宅)：〒 | |
| ●平日日中のご連絡先： TEL (<input type="checkbox"/> 携帯 / <input type="checkbox"/> 勤務先 / <input type="checkbox"/> 自宅) FAX (<input type="checkbox"/> 勤務先 / <input type="checkbox"/> 自宅) | |
| ●E-Mailアドレス (<input type="checkbox"/> 勤務先 / <input type="checkbox"/> 自宅 / <input type="checkbox"/> なし)： @ | |

<注>info@mental-health-association.jpからのメールを受信できるアドレスをご記入下さい。

※認定証の発行に必要なになりますので、お間違いのないようご記入ください。

有資格者記入欄

●資格取得団体： (株) チーム医療 (株) メンタルサポート研究所 その他 ()

●資格取得講座名：

※資格申請をされる場合はこの入会申込書とともに、**講座の修了証(写し)**もお送り下さい。

●資格取得コース： 級 ●資格取得年月日：西暦 年 月 日

●主催者・団体名： ●資格取得地： (都・道・府・県)

記入不要

●受付日： ●備考欄

●会員番号：

■ご登録いただいた情報は、本協会の運営に使用する他、認定団体からの講習会、書籍などの案内に利用する場合がございます。

2019年6月

■記入漏れのないよう、ご注意ください。■E-Mailアドレスはパソコンから一斉送信をする場合があります。受信環境の確認をお願いいたします。