# **ぱあとなあ名簿登録申請書**（更新・新規・再登録）

千葉県社会福祉士会のぱあとなあ千葉運営規程・名簿登録規程、並びに日本社会福祉士会の権利擁護センターぱあとなあに関する規則及び千葉県社会福祉士会が行うぱあとなあ事業に関する運営基準に従うことに同意し、下記の申請をします。

届出日：西暦　　　　年　　月　　日

無職の場合、施設種類は98となります

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請の種別　 (必須) | | | □ 更新　　□新規　　□ 再登録 | | | |
| 会員番号 　(必須) | | |  | 受講者番号(必須) | |  |
| 所属都道府県士会 | | | 千 葉 県 | 旧都道府県士会 | |  |
| ふりがな  氏　　　名　 (必須) | | |  | 旧 姓 | |  |
| □会員名簿の氏名変更をしない（旧姓を使用） | | |
| 生年月日 | | | 西暦　　　　年　　月　　日生 | | 性 別 | 男　・　女 |
| 自 宅  (必須) | | 郵便番号 |  | | | |
| 住所 |  | | | |
| 電話番号 |  | FAX番号 | |  |
| E-Mail |  | 携帯番号 | |  |
| 変更予定(注1) | 月　　　日以降に変更予定 | | | |
| 勤務先  (必須) | | 郵便番号 |  | | | |
| 住所 |  | | | |
| 勤務先名称 |  | | | |
| 施設種類 |  | 職種 | |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 | |  |
| E-Mail |  | | | |
| 変更予定 (注1) | 月　　日以降に変更 | | | |
| 連絡が最も早く取れる  電話番号(必須) | | | □自宅　□携帯　　□その他（　　　　）  　　　　　―　　　　― | | | |
| 資料等送付先 | | | □自宅　□その他　( ) | | | |
| 名簿登録料引落口座 | | | □年会費引落口座から引き落とす（口座の変更：□無し　　□有り） | | | |
| 活 動 | 専門分野 | | □特に問わない　□認知症高齢者　□知的障害者　□精神障害者 | | | |
| ぱあとなあ千葉運営規程・  名簿登録規程等への同意  (必須) | | | □同意した | | | |

・名簿登録申請書(更新・新規・再登録)について

○更新申請される方及び新規登録申請または再登録申請する場合、全ての項目について記入してください。

**（今年度内容変更につき全員の提出を求めます。）**

○名簿登録審査は、千葉県社会福祉士会における名簿登録規程に基づき行います。

　【審査項目】

(1)千葉県社会福祉士会会費およびぱあとなあ名簿登録料等の前年度納入状況

(2)日本社会福祉士会社会福祉士賠償責任保険保険料（Ｃプラン・成年後見業務）の前年度納入状況

(3)苦情申立て又は裁判などの有無及びその状況

(4)過去の名簿登録の削除の有無及びその事情

○(注1)は、名簿登録申請後３ヶ月以内に変更予定（例：４月から転居予定等）があれば記入してください。

書類送付先等の変更は予定以降とさせていただきます。