相談員等登録用紙

【お名前等】

年　　月　　日

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ (ﾌﾘｶﾞﾅ) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　　性　別　□男　□女

住　所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿　　□自宅　□事務所(勤務先)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　ＦＡＸ　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

携帯電話　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ｅ－ｍａｉｌ　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□メーリングリストへの登録を希望する

□メーリングリストへの登録を希望しない

職　種

□社会福祉士　□精神保健福祉士　□介護支援専門員　□障害者相談支援専門員

□介護士　□弁護士　□司法書士　□行政書士　□社会保険労務士　□税理士

□その他（　　）

□鹿児島つながる相談会の相談員として登録します。

□（チェック必須）相談や活動にあたっては，守秘義務を順守するとともに，貴会の示す遵守事項を遵守し，注意事項に十分注意します。

（通信欄）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＮＰＯ法人つながる鹿児島　行

FAX：099-296-1254　メール：nanohana@siren.ocn.ne.jp