

名簿登録申請書（新規登録・再登録）及び名簿登録内容変更申請書

届出日：西暦 年 月 日

申請の種別 ※1		<input type="checkbox"/> 後見人候補者名簿登録する（ <input type="checkbox"/> 新規登録 <input type="checkbox"/> 再登録）→すべて記載ください <input type="checkbox"/> 名簿登録内容を変更する →※1（必須記載事項）と変更箇所のみ記載ください			
会員番号 ※1		受講者番号 ※1			
所属都道府県士会 ※1		旧都道府県士会			
ふりがな		旧姓			
氏名 ※1		<input type="checkbox"/> 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 生まれ		性別 男・女	
自宅	郵便番号				
	住所				
	TEL番号		FAX番号		
	E-mail				
	変更予定※2		月 日以降に変更		
勤務先 <small>※無職の場合施設種類は98となります</small>	郵便番号				
	住所				
	勤務先名称				
	施設種類		職種		
	TEL番号		FAX番号		
	E-mail				
	変更予定※2		月 日以降に変更		
資料発送先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先（日本社会福祉士会ニュース等も同送付先となります）			
メール発信先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 定例会や後見人候補者の情報等を送信します。個人専用でファイルが添付できるものにしてください。			
名簿登録料引落口座		<input type="checkbox"/> 年会費引落口座から引き落とす（口座の変更： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り） <input type="checkbox"/> 年会費引落口座から引き落とさない			
活動	専門分野		<input type="checkbox"/> 特に問わない、 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者、 <input type="checkbox"/> 知的障害者、 <input type="checkbox"/> 精神障害者		
	活動地域		<input type="checkbox"/> 所属都道府県士会内、 <input type="checkbox"/> 所属都道府県士会外（都道府県名 ） <small>※所属都道府県士会外の会員の受入の有無、方針等は都道府県士会により異なりますのでご注意ください。</small>		

名簿登録申請(新規登録・再登録)について

- 新規または再度ばあとなあ名簿登録を申請する場合、申請の種別の後見人後者名簿登録するにチェックし、すべてを記載ください。
- 名簿登録審査は、所属の都道府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) 都道府県社会福祉士会会費およびば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

名簿登録内容変更申請について

- 前回名簿登録申請以降に記載事項に変更がある場合、申請の種別の名簿登録内容を変更するにチェックし、※1（必須記載事項）と変更箇所のみ記載ください。
- ※2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）があれば記載ください。書類送付先等の変更は予定以降とさせていただきます。