

宮城県医療ソーシャルワーカー協会 入会申込書

下記のとおり、貴会へ入会を申し込みます。
(会費につきましても、別途納入いたします)

平成 年 月 日

氏名	フリガナ	性別	1	2	生年月日	年 月 日生
			男	女		

● 勤務先

名称	フリガナ		経営主体				1. 専任 2. 併任		
			所属部署名						
			職種						
住所	〒	-	Tel (代)	-	-	内線	Fax (代)	-	-
			Tel (直)	-	-		Fax (直)	-	-
							E-mail		

● これまでのSW等の経験（勤務先と年数）1、有り（下記に）2、無し

名称	①		②		③	
	職種	年数	職種	年数	職種	年数

● 学歴等

学歴	1	2	3	4	5	専攻	1	2	3	4
	大学院	大学	短大	専門学校	(その他)		社会福祉	心理	教育	(その他)

● 取得資格

1	2	3	4	5
社会福祉士	精神保健福祉士	介護支援専門員	社会福祉主事任用資格	その他 ()

● 自宅

住所	〒	-	Tel	-	-	Fax	-	-
						E-mail		

● 通信宛先（指定が無い場合は勤務先となります）

1	勤務先	2	自宅
---	-----	---	----

● 日本医療社会福祉協会入会状況

1	入会	2	未入会
---	----	---	-----

※該当番号に○をつけてください。

※入会確定は、申込書・入金確認後、理事会での承認が必要となるため、若干の時間を要します。

※会員の名簿（氏名・所属等）を作成し、関係機関等に配布する場合があります。（自宅会員は除く）

事務局使用欄	申込書受理	・	・	入金確認	・	・	理事会承認	・	・	No/ /h
--------	-------	---	---	------	---	---	-------	---	---	--------