

年 月 日

(一社) 神奈川県医療ソーシャルワーカー協会 会長殿

正会員・準会員 入会申込書

氏名	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男	生年	年 月 日生
			<input type="checkbox"/> 女	月 日	
法人名		種別	<input type="checkbox"/> 病院 (<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> リハ <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> その他 ()		
勤務先名称	所属部署名				
	職名 (専・兼別)		<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任		
所在地	〒 —		TEL (代表)		FAX (代表)
			TEL (直通)		FAX (直通)
			e-mail		
自宅住所	〒 —		TEL (自宅)		
			FAX (自宅)		
学歴	社会福祉分野の学歴 (国家試験受験資格取得教育機関等) があれば記載してください (別紙添付可)				
	年				
	年				
職歴	保健・医療・福祉分野のソーシャルワークに係る職歴があれば記載してください (別紙添付可)				
	年 月 日 ~ 年 月 日				
	年 月 日 ~ 年 月 日				
資格	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 (<input type="checkbox"/> 保健医療実習あり) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格 <input type="checkbox"/> その他 ()				
協会関係	協会文書等送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	FAX通信送信先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()			
入会希望理由	紹介者または前加入他県名がある場合はご記入ください				

※正会員・準会員用の入会申込書です。
記載内容の漏れ・間違いが無いよう、
再度ご確認ください。

理事会承認		年 月 日	
正会員 ・ 準会員			
会長	庶務	会員・会計	