

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

## 個人賛助会員 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)			
協会関係	メール送付先	*間違いやすい文字や記号にはフリガナをお願いします @			
	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 ( )			
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				

※個人賛助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	
個人賛助会員			
会長	庶務	会員・会計	