

熊本県医療ソーシャルワーカー協会会長御中

私は、貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。 申込日：平成 年 月 日

会員種別	<input type="checkbox"/> 正会員 (6000円/年) <input type="checkbox"/> 準会員:学生 (3000円/年) <input type="checkbox"/> 賛助会員:団体等 (10000円/年)		
フリガナ		男・女	生年月日
氏名			西暦 年 月 日
所属機関名 (勤務先)			
所属機関種別 (勤務先種別)	*経営母体の種別ではなく、ご自身の職場の番号に○をつけて下さい。 また、兼務の場合は、主たる勤務先1つについて○をつけて下さい。 1. 病院・診療所 2. 介護老人保健施設 3. 地域包括支援センター 4. 居宅介護支援事業所 5. 障がい福祉サービス事業所 6. 教育機関 7. 学生 (学校名: _____ 学年: _____ 年) 8. その他 (_____) 9. なし		
所在地 (所属先) 住所	〒 _____		
電話 (所属先)		FAX (所属先)	
E-mail (パソコン)	@ _____	今後、メールでの情報発信等を検討しています。メーリングリストへの登録にご協力下さい。	
E-mail (携帯電話)	@ _____	今後、メールでの情報発信等を検討しています。メーリングリストへの登録にご協力下さい。	
郵便物送付先	<input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
	*所属先以外への郵送を希望される場合は、下記へ住所等の記載をお願いします。 〒 _____ 住所 _____ 電話 _____ FAX _____		
取得資格	*取得している保健医療福祉に関する資格で、該当する番号すべてに○をつけて下さい。 1. 社会福祉士 2. 社会福祉士受験資格 3. 精神保健福祉士 4. 精神保健福祉士受験資格 5. 介護支援専門員 6. 社会福祉主事任用資格 7. その他 (_____) 8. なし		
経験年数	年 _____ ヶ月 (申込み時)、初めてSWとして勤務した月日: S・H _____ 年 月 日		
年会費振込日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 振込名義: <input type="checkbox"/> 本人名、 <input type="checkbox"/> 施設名、 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		

名簿記載内容 (個人情報)	掲載内容にご希望があれば番号に○をつけて下さい。 *「希望なし」の場合には、氏名・所属機関・所属機関住所が掲載されます。 1. 希望なし 2. 氏名のみ記載 3. 氏名・所属のみ記載
------------------	---

推薦者	熊本県医療ソーシャルワーカー協会の入会に際し、上記の者を推薦いたします。 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 所属機関: _____ 氏名: _____ 印		
-----	---	--	--

(注) 具体的な入会手続き方法、会費の納入方法等については、『熊本県医療ソーシャルワーカー協会入会の手引き』をご参照下さい。

事務局使用欄		
受付	会員登録	ML登録
H	H	H