

# 入 会 申 込 書

		1	正会員	2	賛助会員
氏名	フリガナ	性別	生年月日		
		男・女	昭和・平成	年	月 日
所属 機関 名	フリガナ	所属 部署名	専任・兼務		
職種名			役職名		
雇用形態	正社員・契約社員(嘱託含む)・パート(アルバイト含む)・派遣労働者・その他				
勤務 先住 所	〒 -		勤務先		
			TEL:		
			勤務先		
			FAX:		
			<small>事務局からの連絡以外には使用しません</small>		
			携帯電話:		
PCメールアドレス:					
経営 主体	国・公的医療機関・社会保険関係団体・公益法人・医療法人 学校法人・社会福祉法人・医療生協・会社・その他法人・個人				
種別	病院・診療所・保健所・老人保健施設・地域包括支援センター・社会復帰施設 居宅介護支援事業所・大学・短期大学・自宅・その他( )				
学歴	大学院・大学・短大・専門学校・その他( )				
専攻	社会福祉・心理・教育・その他( )				
資格 取得	社会福祉士・社会福祉士受験資格・精神保健福祉士 精神保健福祉士受験資格・介護支援専門員・社会福祉主事任用資格				
全国 協会 入会	日本医療社会事業協会・日本社会福祉士会・日本精神保健福祉士協会 その他( )・無し				

上記のとおり、宮崎県医療ソーシャルワーカー協会に入会いたします。

宮崎県医療ソーシャルワーカー協会会長 殿

令和 年 月 日

氏 名

印

