

入会申込書（個人会員）

一般社団法人 千葉県医療ソーシャルワーカー協会 会長 様

次のとおり、貴会への入会を申し込みます。

年 月 日

申込者氏名 _____

※該当するものに丸を付けてください。

○会員分類は（ 正 準 賛助 ）会員を希望します。

個人会員登録票

ふりがな	生年月日
氏名	年 月 日 生
男・女	
自宅住所 〒	
TEL _____ FAX _____	
e-mail _____	
最終学歴	大学 学部 学科 年 月卒業
資格	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 その他
SWとしての経験（勤務先と年数） 災害支援（場所 期間、 <input type="checkbox"/> 経験はないが関心がある）	
SW実務経験合計 年	
ふりがな	部署
勤務先 所属機関名(法人名を明記して下さい)	役職
	職種
勤務先住所 〒	
TEL _____ FAX _____	
e-mail _____	
名簿掲載	勤務先 自宅（非公開） (どちらかを選択してください)
資料郵送先	勤務先 自宅 (どちらかを選択してください)
※記入しないでください。 担当印 受付： 年 月 日 入会： 年 月 日 理事会 正 準 賛助 登録 (No.) オリエンテーション	

一般社団法人 千葉県医療ソーシャルワーカー協会

送付先 〒284-0043 四街道市めいわ3-16-8

医療法人社団まごころ 四街道まごころクリニック 作田麻子

電話 043-309-8261 (代表) FAX 043-309-8262