徳島県医療ソーシャルワーカー協会
入会(変更)申込書(会員登録票)

申込日:　　年　　月　　日

※区分	1. 新 規 入 会 2. 再　入　会 3. 登録内容変更	※会員種別	1. 正会員 2. 賛助会員	※入会年度	年度

注:太枠の中のみ記入して下さい。(※印の欄は記入しないで下さい。)

(ﾌﾘｶﾞﾅ)		性別	生年月日
氏名		男・女	年　　月　　日

勤　務　先

施設名			
所属名		職名	
住所	〒　　－		
TEL		FAX	
E-mail			
所持資格	1. 社会福祉士　2. 認定医療社会福祉士　3. 認定社会福祉士(医療分野) 4. 精神保健福祉士　5. 介護支援専門員 6. 介護福祉士　7. その他(　　)		

※協会からの各種お知らせ等は原則、所属する施設へ発送またはメール送信します。
また、所属する施設に登録会員が複数在籍する場合は、一部のみ発送、送信とすることがあります。

所属医療機関等のホームページ掲載	□同意する　□同意しない　※氏名は公表しません。

自　宅　住　所
(自宅会員のみ記載)

住所	〒　　－		
TEL		FAX	
E-mail			

※:会員名簿を作成し、協会会員へ配布することがありますが、生年月日、自宅住所は公開しません。

備考:協会から連絡事項などの要望等があればご記入下さい。