

**FAX: 0 8 8 - 6 7 2 - 4 2 6 6**

**徳島県医療ソーシャルワーカー協会 現況届**

届出： 年 月 日

会員状況 下記の項目に記入の上、FAX またはメールにてご返信ください。

(フリガナ) 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日
<b>勤 務 先</b>					
施設名		所属名		職名	
住所	〒	-	TEL		
			FAX		
			E-mail		
所持資格	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 認定医療社会福祉士 <input type="checkbox"/> 認定社会福祉士 (医療分野) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
e-mail 登録 (複数可)	<input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 自宅、他 e-mail :				
※郵便物、FAX 等協会からのご案内等は原則、所属する施設へ送付させていただきます。 また、所属する施設に登録会員が複数在籍する場合は、所属機関毎にまとめた発送とすることがあります。					
社会福祉士実習指導者研修 修了および受け入れの有無	<input type="checkbox"/> 研修修了し実習生の受け入れ中または受け入れ歴あり <input type="checkbox"/> 研修修了しているが実習生の受け入れ歴なし <input type="checkbox"/> 研修は受講していない				
<b>自 宅 住 所 (自宅会員のみ)</b>					
住所	〒	-	TEL		
			FAX		
			E-mail		
備考：協会についての要望等ございましたらご記入下さい。					

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。)

※：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。