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

(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名		男･女	生年月日	年　　月　　日
勤 務 先				
施設名				
部署名		職名		
住所	〒　　－			
TEL		FAX		
E-mail	※2 つ以上登録可　※※キャリアメールは登録不可。			
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(　　)			

※郵便物、FAX、メール等、協会事務局からのご案内は原則、個人ごとに送らせていただきます。
ただし、メール配信先を他の会員と共有する場合は、所属先会員内での周知、回覧をお願いします。

自 宅 住 所（自宅会員のみ記載）			
住所	〒　　－	TEL	
		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。