

一般社団法人岡山県医療ソーシャルワーカー協会
A 会員 会員入会届

		記載日	年 月 日
氏 名	(フリガナ)	生年月日 年 月 日	
自宅住所	〒 - 電話 () -		
所属機関名	入職日 年 月		
所属機関 住所・連絡先	〒 -	電話 () -	FAX () -
配属部署名		職 名	
学 歴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 年 月 卒業 ・ 年 月 卒業 		
医療ソーシャル ワーカーの 職歴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 年 月～ 年 月 ・ 年 月～ 年 月 ・ 年 月～ 年 月 		
入会要件の 資格	資格の有無	資格取得時期	
	社会福祉士	有・無	年 月
	精神保健福祉士	有・無	年 月
	社会福祉主事任用資格	有・無	年 月
当協会会員歴 (該当する 項目に○)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 年 月 (入会・退会・B会員へ変更・A会員へ変更・再入会) ・ 年 月 (入会・退会・B会員へ変更・A会員へ変更・再入会) 詳細が不明な場合も、わかる範囲お知らせください。 ()		
協会からの情報を受け取ることのできるメールアドレス			
@ (□部署 □職場個人 □プライベート)			
※登録日	年 月 日	※会員登録番号	

(注) ※印は記入しないでください。

※メールアドレスは協会からの情報発信に利用することがあります。

◎自宅住所は会員名簿には掲載しません。

【こちらの用紙を事務局宛に郵送ください】