

愛媛県医療ソーシャルワーカー協会（準会員）入会申込書

入会を希望される方は、この用紙を記入し事務局にFAX又は郵送して下さい。

FAX番号：050-3512-3312、郵送時の事務局住所はホームページを確認下さい。

私は、愛媛県医療ソーシャルワーカー協会へ、入会を希望します。

ふりがな 氏名		記入日	年	月	日
		生年月日	年	月	日
勤務先	名称		部署		
	住所	〒			
	電話番号		FAX		
メールアドレス					

会報などのお知らせは、原則メールでの配信となります。

職場の共有アドレスではなく、個人のメールアドレスを推奨します。

メールでの配信に不都合のある方は、個別にご相談下さい。

自宅住所 (自宅会員のみの)	〒		電話番号	
職歴	医療・福祉に関する職歴のみ記載下さい。			MSW経験年数
				年
入会動機				
取得資格	社会福祉士	精神保健福祉士	介護支援専門員	
	認定社会福祉士	認定医療ソーシャルワーカー		
加入団体	日本社会福祉士会	日本精神保健福祉士協会	日本医療ソーシャルワーカー協会	

※ 理事会の承認後に、入会となります。

※ 年会費の納付については、会計担当者よりご連絡をいたします。

年会費は、年度途中の入会であっても、月割り・日割りは致しません。

※ 新入会者として会報への掲載を希望されない方は、事務局へご連絡下さい。

※ 届け出て頂いた個人情報、協会運営のみに利用し、第三者へ提供することはありません。

事務局受け取り	理事会承認	会計処理	名簿登録
/	/	/	/