

(一社)石川県医療ソーシャルワーカー協会

会員調べ(会員申込書)

届出日 年 月 日

※全ての項目をご記入ください。

| | | | |
|----|------|------|--|
| 氏名 | ふりがな | 性別 | |
| | | 生年月日 | |

◆自宅

| | | | |
|----|--------|-----|-----|
| 住所 | 〒 | TEL | FAX |
| | E-mail | | |

◆取得資格 該当する番号すべてに○をつけてください。カッコ内に登録番号を記入してください。

| | |
|----------------|----------------|
| 1. 社会福祉士 () | 2. 精神保健福祉士 () |
| 3. 介護支援専門員 () | 4. 社会福祉主事 () |

◆最終学歴 専門に学んだことがわかるように、学部、学科等を記入してください。

| | |
|-----|-----------|
| 学校名 | 学部 学科等 |
|-----|-----------|

◆勤務先

| | | | |
|-------|--------|-----|-----|
| 名称 | ふりがな | | |
| | | | |
| 所属部署名 | | 職種名 | |
| 住所 | 〒 | TEL | FAX |
| | E-mail | | |

◆ソーシャルワーカー経験 この欄に書ききれない場合は、別紙に記載し添付してください。

| | 勤務先 | 所属部署 | 勤務年数 |
|---|-----|------|------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

◆名簿記載 網掛け部分が名簿記載項目です。該当する番号に○をつけてください。

| |
|-------------------------------------|
| 1. 記載する () |
| 2. 一部のみ記載する(下記から記載する項目を選んでください。) |
| 氏名 () 勤務先名称 () 所属部署名 () |
| 勤務先TEL () 勤務先FAX () 勤務先E-mail () |
| 3. 記載しない () |

◆郵送物の宛先 該当する番号を()に記入してください。

| | | |
|--------|-------|------------|
| 1. 勤務先 | 2. 自宅 | 3. その他 () |
|--------|-------|------------|

◇理事会 承認 不承認

審議日 年 月 日