

社団法人 東京都医療社会事業協会
入 会 申 込 書

社団法人 東京都医療社会事業協会会長殿

貴協会に入会を申し込みます。

平成 年 月 日

氏名	フリガナ 印	性別		生年月日	年 月 日生															
所属施設	名称				施設の種類															
	住所	〒			所属															
		TEL	FAX		職種															
自宅住所	TEL FAX																			
学歴	学校・学部・学科名を記入して下さい																			
	年	月	高等学校卒業																	
	年	月																		
	年	月																		
	年	月																		
職種	年	月																		
	年	月																		
	年	月																		
	年	月																		
経歴	医療ソーシャルワーカー専任		医療ソーシャルワーカー兼任（兼務職種）																	
	年	月	より	年	月～年 月															
正会員、及び準会員に入会希望の方は、下記の紹介者欄に紹介者の御名前をご記入下さい																				
紹介者	氏名			所属	TEL															
資格	有資格者は○印を付けること																			
	社会福祉士、精神保健福祉士、社会福祉主事任用資格 介護支援専門員、大学等において厚生省の定める科目を3科目取得、 その他（ ）																			
理事承認欄					正準賛A B C D															
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																				

社団法人 東京都医療社会事業協会 TEL/FAX 03-5272-4732