

# 入 会 申 込 書

## 注 意 点

一般社団法人 東京都医療ソーシャルワーカー協会 会長殿  
貴協会に入会を申し込みます。

2021年10月 1日

ふりがな	あずま きょうこ	性別	女性・男性	
氏名	東京子	生年月日	1990年 4月 1日	
所属施設	名称	① 医療法人 ○○○○病院	施設の種類	③ 病院
	住所	〒123-456 東京都 ○○区○○○1-2-3	所属	④地域連携部 医療福祉相談室
		② TEL 03-xxxx-xxxx (直) FAX 03-xxxx-xxxx	職種	医療ソーシャルワーカー
自宅	住所	⑤ 〒987-6543 東京都□□区□□□4-5-6 ○○マンション789	TEL	FAX
			03-xxxx-xxxx	03-xxxx-xxxx
⑥メールアドレス (両方記入)	(職場) abc-soudan@def.jp (自宅) akyouko@hmail.com			
⑦学歴	学校・学部・学科名を記入してください。			
	2008年 3月	□□□□	高等学校卒業	
	2012年 3月	□□□□	大学経済学部入学	
	2012年 4月	□□□□	福祉専門学校医療福祉学科入学	
	2014年 3月	□□□□	福祉専門学校医療福祉学科卒業	
⑧職歴 (職種も記載)	2014年 4月	□□□□	会社入職 (事務職)	
	2016年 1月	□□□□	会社退職	
	2017年 4月	○○○○	病院入職 (医療ソーシャルワーカー)	
	年 月			
⑨経験	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 )		
	2017年4月より	年 月	年 月	
⑩入会理由	(例) 研修を受講して、専門知識・技術の向上を目指したい。			
⑪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、大学等において厚生労働省の定める科目を3科目取得 その他 ( )			
理事承認欄	正、準、賛A (個人)、賛B、賛C			

\*学歴・職歴等が欄内に入りきらない場合は、別紙に記載してください。

- ①所属施設  
正しい漢字で正式名称を記入してください。
- ②電話・FAX  
長通の場合は(直)と記載してください。
- ③施設の種類  
大学病院、病院、クリニック、診療所、介護老人保健施設、大学など
- ④所属  
正式な部署名を記入してください。
- ⑤自宅住所・電話・FAX  
必ず記入してください。(名簿等には記載しません。)
- ⑥メールアドレス  
職場と携帯電話のアドレスを、両方記入してください。
- ⑦学歴  
入会資格を取得した学校名、学科を記入してください。
- ⑧職歴  
現在の所属先に入職した年月を必ず記入してください。(特に新卒者)欄内に入りきらない場合は、別紙に記載してください。
- ⑨経験  
必ず記入してください。
- ⑩入会理由  
研修、ネットワークづくり、職場からのすすめなど、自由に記載してください。
- ⑪資格  
取得しているすべての資格に○印をつけてください。