【 学生会員(賛助D)用 】

一般社団法人 東京都医療ソーシャルワーカー協会

入会申込書

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

貴協会の趣旨(定款、個人情報保護方針)に賛同し、入会を申し込みます。

申込日:　　年　　月　　日

基本情報	氏名	ふりがな	性別	
			生年月日	(西暦)　　年　　月　　日
	(個人で受信可能な)メールアドレス	※入会承認後、当協会のメール配信システムに登録いたします。メールアドレスは1つのみご記入をお願いいたします。		
在籍校情報	学校名			
	専攻・学部			
	種別	☐ 社会福祉系4年制大学　☐ 社会福祉系短期大学　☐ 社会福祉専門学校　☐ 社会福祉専門学校(通信課程) ☐ その他　(　　)		
	所在地			
	TEL		FAX	
学歴 ※学校・学部・学科名を記載		(西暦)　年　月　高等学校卒業 年　月 年　月		
職歴 ※職種も記載		(西暦)　年　月 年　月 年　月		
他職能団体の加盟 (複数回答可)		☐ 日本医療ソーシャルワーカー協会　☐ 日本社会福祉士会　☐ 日本精神保健福祉士会 ☐ 日本介護福祉士会　☐ 日本ソーシャルワーカー協会　☐ その他(　　)		
入会理由				

理事承認欄		年		月		正　準　賛(A B C D E F)					