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

貴協会に入会を申し込みます。

（西暦）　　年　　月　　日

ふりがな			性別	女性　・　男性	
氏 名			生年月日	（西暦）　年　月　日	
所属施設	名称			施設の種類	
	住所	〒		所属部署	
		（TEL）		職　種	
		（FAX）			
自宅	住所	〒		（TEL）	（FAX）
メールアドレス（両方記入）		（職場） （自宅）			
学歴	卒業した学校・学部・学科名を記入してください。 （西暦）　年　月 年　月 年　月				
職歴（職種も記載）	（西暦）　年　月 年　月 年　月 年　月				
経験	医療ソーシャルワーカー専任 （西暦）　年　月より		医療ソーシャルワーカー兼任（　　） （西暦）　年　月 ～　年　月		
入会理由					
入会要件	取得しているすべての資格を〇で囲んでください。 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３科目を取得・その他（　　）				

理事承認欄									正、準、賛（　）

一般社団法人　東京都医療ソーシャルワーカー協会　　TEL　03－5944－8912
E-mail : tokyo-msw@tokyo-msw.com　　FAX　03－5944－9745

＊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。