

# 入 会 申 込 書

一般社団法人 京都医療ソーシャルワーカー協会 会長様

届出日 年 月 日

氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日
		MSW 経験年数	年 月

## ◆自宅

住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			

## ◆勤務先

名称	ふりがな		
部署名		職種名	
住所	〒		
TEL	(代表・直通)	FAX	(代表・直通)
E-mail			

## ◆取得資格 (該当する番号すべてに○をつけて下さい)

1. 社会福祉士	2. 精神保健福祉士	3. 認定医療社会福祉士
4. 認定社会福祉士 (医療分野)	5. 認定精神保健福祉士	6. 介護支援専門員
7. 主任介護支援専門員	8. 社会福祉主事任用資格	9. その他 ( )

## ◆最終学歴 (専門に学んだことがわかるように、学部、学科名等をお書き下さい。)

学校名		学部・学科等	
-----	--	--------	--

## ◆ご希望の方に○をつけて下さい

名簿記載 (メールアドレスは記載されません)	勤務先 ・ 自宅 (非公開)	メール配信	勤務先 ・ 自宅	資料送付	勤務先 ・ 自宅

※下記は記入しないで下さい。

承認 ・ 不承認 理事会開催日 /

受理	通知	会費納入	名簿登録	メール登録
/	/	/	/	/

## ◇送付先

〒603-8151 京都市北区小山下総町27

京都鞍馬口医療センター 医療福祉相談室・がん相談支援室

TEL : 075-441-6101 (代表) FAX : 075-441-6114 (直通)