

入 会 申 込 書

一般社団法人 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。

年 月 日

ふりがな		性別	女性 ・ 男性	
氏 名		生年月日	年 月 日	
所属施設	名 称			施設の種類
	住 所	〒		所 属
		TEL		職 種
		FAX		
自宅	住 所	〒	TEL	FAX
E-mailアドレス				
学歴	学校・学部・学科名を記入してください。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 年 月 高等学校卒業 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 年 月 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 年 月 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 年 月 </div>			
職歴 (職種も記載)	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 年 月 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 年 月 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 年 月 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 年 月 </div>			
経 験	医療ソーシャルワーカー専任 年 月より		医療ソーシャルワーカー兼任(兼務職種) 年 月～ 年 月	
入会理由				
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B、賛C			

一般社団法人 東京都医療社会事業協会 TEL/FAX 03-5944-8912
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。