

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 介護支援専門員、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。

一般社団法人 東京都医療社会事業協会
入 会 申 込 書 (見本)

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。

2017年〇〇月〇〇日

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 〇〇〇〇病院	施設の 種類	③ 病院
	住 所	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇〇1-2-3	所 属	④ 地域連携部 医療福祉相談室
		② TEL 03-XXXX-XXXX FAX 03-XXXX-XXXX	職 種	医療ソーシャルワーカー
自宅	住 所	⑤ 〒987-6543 東京都〇〇区〇〇〇4-5-6〇〇マンション789	TEL 03-XXX-XXXX	FAX 03-XXXX-XXXX
E-mailアドレス	Abc-soudan@hp.com (勤務先)			
学歴	学校・学部・学科名を記入してください。			
⑥	2008年	3月	〇〇〇〇高等学校卒業	
	2012年	3月	〇〇〇〇大学経済学部卒業	
	2012年	4月	〇〇〇〇福祉専門学校医療福祉学科入学	
	2014年	3月	〇〇〇〇福祉専門学校医療福祉学科卒業	
職歴 (職種も記載)	2014年	4月	〇〇〇〇会社入職 (事務職)	
	2016年	1月	〇〇〇〇会社退職	
	2017年	2月	〇〇〇〇病院入職 (医療ソーシャルワーカー)	
⑦	年	月		
経歴	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)		
⑧	2017年 2月より	年	月	年 月
入会理由	⑨ 研修を受講して、専門的知識・技術の向上を目指したい。			
資格	有資格者は〇印を付けて下さい ⑩ <u>社会福祉士</u> 精神保健福祉士、介護支援専門員 <u>社会福祉主事任用資格</u> 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			

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。

注 意 点

- 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
直通の場合は(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。
- ⑦職歴
現在の施設に入職した年月は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。
- ⑧経歴
必ず記入してください。
- ⑨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。
- ⑩資格
取得しているすべての資格に〇印をつけてください。