

# 香川県医療ソーシャルワーカー協会入会申込書

届出日 年 月 日

ふりがな		ふりがな	
会員氏名	⑩	現住所	
性別	男 ・ 女	生年月日	昭和・平成 年 月 日 歳
所属機関名・所属部署			
所属機関住所	〒		
電話番号	代表 直通	FAX 番号	代表 直通
メールアドレス	@ 勤務先・自宅 ※研修会等はメールでの案内になります。携帯電話以外のアドレスをご記入下さい		
経 歴	社会福祉士等（MSW以外も含む）としての経験年数 年 月		
	資 格（認定資格等含む） 社会福祉士 ・ 精神保健福祉士 ・ 介護支援専門員 ・ 介護福祉士 その他（ ）		
	職 歴		

事務局記載欄

理事会承認日	年 月 日	会員種別	正会員・準会員・その他
--------	-------	------	-------------