

山口県医療ソーシャルワーカー協会

入 会 申 込 書

平成 年 月 日

氏名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	昭和	年	月	日
					平成			

●勤務先（自宅会員は自宅連絡先）

名称	フリガナ	所属部署名	
		職種	
住所	〒		
電話		F A X	
種別	病院・診療所・老人保健施設・居宅介護支援事業所・その他（ ）		

●経験年数（申込書記載日現在）

保健医療分野のソーシャルワーカーの経験年数	年	ヶ月
職歴（保健医療福祉分野）		

●学歴・専攻（最終学歴ではなく、該当するすべてをご記入下さい）

大学院	年	月卒	社会福祉・その他（ ）
大学	年	月卒	社会福祉・その他（ ）
短大	年	月卒	社会福祉・その他（ ）
専門学校	年	月卒	社会福祉・その他（ ）

●取得資格

・社会福祉士	・精神保健福祉士	・介護支援専門員
・社会福祉主事任用資格	・その他（ ）	

受付 平成 年 月 日