

年 月 日

山口県医療ソーシャルワーカー協会

入 会 申 込 書

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		FAX	
メールアドレス			
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（ ）		

※ メールアドレスは研修案内や協会情報の連絡に利用させていただく場合があります。

●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 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（ ）	