

(別紙1)

一般社団法人日本保健医療社会福祉学会 入会申込書

本学会の入会を申し込みます。

年 月 日

※会員登録日： 年 月 日		会員番号： 正・準		決済		
氏名 (自著)	(ふりがな)	性別	生年月日	年 月 日		
		男・女	英字氏名			
自宅住所	〒 -					
	電話：	FAX：		携帯：		
	e-mail：					
所属機関名 所属部署						
施設種別	<input type="checkbox"/> 1. 教育・研究機関 <input type="checkbox"/> 2. 医療提供施設 (病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院) <input type="checkbox"/> 3. 保健所、保健センター <input type="checkbox"/> 4. その他の施設・支援機関 (特別養護老人ホーム、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、基幹相談支援センター等) <input type="checkbox"/> 5. その他 ()					
同所在地	〒 -					
	電話：	FAX：				
	e-mail：					
現在の職種	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 教員・研究員 <input type="checkbox"/> 2. ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> 3. 医療専門職 (医師・看護職等) <input type="checkbox"/> 4. 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 5. 学生 (在学中) <input type="checkbox"/> 6. その他 ()					
最終学歴 (在学中も)	<input type="checkbox"/> 1. 短期大学 <input type="checkbox"/> 2. 大学 <input type="checkbox"/> 3. 大学院修士課程 <input type="checkbox"/> 4. 大学院博士課程 <input type="checkbox"/> 5. その他 ()					
最終専攻	<input type="checkbox"/> 1. 社会福祉 <input type="checkbox"/> 2. 社会福祉以外 [専攻：]					
略歴	学歴 (卒業・修了・在学中を明記してください) 年 月 [] 年 月 []					
	主な職歴 (職種を明記してください) 年 月 [] 年 月 []					
取得資格	<input type="checkbox"/> 1. 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 2. 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 3. 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 4. 医療関連資格 () <input type="checkbox"/> 5. その他 ()					
郵便物送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 (いずれかをチェックしてください)					
推薦者 (1) 必須	会員番号		氏名			
	所属					
推薦者 (2) 任意	会員番号		氏名			
	所属					

注1：※欄 (太枠内の会員登録日～決済) は記入しないでください。

注2：選択項目は該当するところをチェックし、その他の場合は () 内に記入してください。

注3：推薦者の記載は1名は必須です。

注4：入会審議の過程において、追加資料の提出をお願いする場合があります。

裏面にも記載欄あり

主な研究業績等について記載してください。
簡易な記載で結構です。

主な関心領域	
主な研究業績等	論文・実践報告・研究発表等（学部在学中の方は、研究業績は記載しなくてもかまいません）

*ここに記載された情報を本学会の目的を達成するために必要な範囲内で利用することに

同意します。 同意しません。（条件等をご記入ください）

この申込書は、一般社団法人日本保健医療社会福祉学会事務局まで FAX または郵送してください。

〒555-0001 大阪市西区土佐堀 1 丁目 4-8 日栄ビル 703A
あゆみコーポレーション内 一般社団法人日本保健医療社会福祉学会事務局
Tel : 06-6441-5260 FAX : 06-6441-2055