**日本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。 平成 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※会員登録日： 年 月 日 | | | 会員番号： 正・準・賛助 | | | | | | | 決済 |  |  |
| 氏名（自著） | （ふりがな） | | | 性別 | 生年月日 | | | （T・S・H） 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 | 1.　医療機関（病院、診療所、介護老人保健施設） 2.　教育・研究機関  3.　保健所、保健センター 4.　福祉施設・福祉機関 5.　その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 同所在地 | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | |
| 電話： | | | | | | FAX： | | | | | |
| e-mail： | | | | | | | | | | | |
| 職種 | 1.　ソーシャルワーカー 2.　教員・研究員 3.　医療専門職（医師・PT等）  4.　学生 5.　その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 最終学歴 | 1.　短期大学 2.　大学 3.　大学院修士課程  4.　大学院博士課程 5.　その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 専攻 | 1.　社会福祉 2.　社会福祉以外［専攻：　　　　　　　　　　］ | | | | | | | | | | | |
| 略歴 | 学歴 年 月［　　　　　　　　　　　　　　　　］  年 月［　　　　　　　　　　　　　　　　］  年 月［　　　　　　　　　　　　　　　　］  年 月［　　　　　　　　　　　　　　　　］  職歴 年 月［　　　　　　　　　　　　　　　　］  年 月［　　　　　　　　　　　　　　　　］  年 月［　　　　　　　　　　　　　　　　］  年 月［　　　　　　　　　　　　　　　　］ | | | | | | | | | | | |
| 取得資格 | 1.　社会福祉士 2.　精神保健福祉士  3.　他の医療関連資格（　　　　　　　）  4.　その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 主な関心領域 |  | | | | | | | | | | | |
| 郵便物送付先 | 勤務先 　自宅  （いずれかをチェックしてください） | | | | | | | | | | | |
| 推薦者（1） | 会員番号 |  | | 氏名 | |  | | | | | | |
| 所属 |  | | | | | | | | | | |
| 推薦者（2） | 会員番号 |  | | 氏名 | |  | | | | | | |
| 所属 |  | | | | | | | | | | |

・※欄（太枠内の会員登録日～決済）は記入しないでください。

・生年月日（T・S・H）および性別は○印で選択してください。

・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。

・この申込書は、日本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　日本医療社会福祉学会事務局  Tel：06-6441-5260 FAX：06-6441-2055 |