

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	<input type="checkbox"/> 1. 医療機関 (病院、診療所、介護老人保健施設) <input type="checkbox"/> 2. 教育・研究機関 <input type="checkbox"/> 3. 保健所、保健センター <input type="checkbox"/> 4. 福祉施設・福祉機関 <input type="checkbox"/> 5. その他 ()					
同所在地	〒 -					
	電話：			FAX：		
	e-mail：					
職 種	<input type="checkbox"/> 1. ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> 2. 教員・研究員 <input type="checkbox"/> 3. 医療専門職 (医師・PT 等) <input type="checkbox"/> 4. 学生 <input type="checkbox"/> 5. その他 ()					
最終学歴	<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 ()					
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	年	月	[]		
		年	月	[]		
		年	月	[]		
		年	月	[]		
	職歴	年	月	[]		
		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. 他の医療関連資格 () <input type="checkbox"/> 4. その他 ()					
主な関心領域						
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)	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