

## 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	(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 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 ( )					
学歴 (高等学校卒業後を明記) *可能な限り、専攻がわかるように明記	年 月 [ ] * _____ 年 月 [ ] * _____					
職歴 (職種を明記)	年 月～ 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. 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)					

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：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。

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については、

下記の本学会個人情報保護規程に定める範囲内で利用することに  同意します。

（個人情報の利用目的）↵

第3条 本学会が取得した個人情報は、以下の利用目的の達成に必要な範囲内で利用する。

- （1）会員データベースの作成↵
- （2）学術研究集会、講演会等の開催↵
- （3）学会誌「保健医療社会福祉研究」その他の刊行物の発行・発送↵
- （4）調査・研究の事業の実施↵
- （5）関連学術団体との連絡および協力↵
- （6）国際的な研究協力の推進↵
- （7）各種事業への参加に関する諸手続き↵
- （8）会員相互の連絡および事業効果の分析↵
- （9）アンケート調査等の依頼↵
- （10）その他本学会の目的を達成するために必要な事業↵

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、郵送または添付メールでお送りください。

〒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