**一般社団法人日本保健医療社会福祉学会 入会申込書**

070530改訂

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 | [ ] 1. 教育・研究機関 [ ] 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）[ ] 3. 保健所、保健センター　[ ] 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）　[ ] 5.その他（　　　　　　） |
| 同所在地 | 〒　　　－ |
| 電話： | FAX： |
| e-mail：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 現在の職種 | [ ] 1. 教員・研究員　 　[ ] 2. ソーシャルワーカー 　[ ] 3. 医療専門職（医師・看護職等）[ ] 4. 介護支援専門員 [ ] 5.　学生（在学中）　　　 [ ] 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〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕＊　　　　　　　　　　　年　　月〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕＊　　　　　　　　　　　年　　月〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕＊　　　　　　　　　　　年　　月〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕＊　　　　　　　　　 |
| 職　　　 歴（職種を明記） | 　年　　月～　　年　　月〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕　年　　月～　　年　　月〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕　年　　月～　　年　　月〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕　　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. 介護支援専門員[ ] 4. 医療関連資格（　　　　 　 　　） [ ] 5. その他（　　 　　　） |
| 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） |

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。

次ページにも記載あり

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、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。



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 |