

一般社団法人 長野県医療ソーシャルワーカー協会  
**入会申込書(会員登録票)**

◆入会

1. 新入会	2. 再入会
--------	--------

◆会員種別

1. 正会員	2. 賛助会員
--------	---------

◆入会申込書記入日

年	月	日
---	---	---

◆日本医療社会福祉協会など他協会への入会状況 注:該当する番号に○をつけてください。

1. 日本医療社会福祉協会	2. 長野県社会福祉士会	3. 長野県精神保健福祉士協会
4. 長野県介護支援専門員協会	5. その他( )	

氏名	ふりがな	性別	1	2	生年月日	年	月	日
			男	女				

◆学歴および専攻 注:最終学歴ではありません。該当する番号すべてに○をつけてください。

学歴	1. 大学院	2. 大学	3. 短大	4. 専門学校	5. その他( )
----	--------	-------	-------	---------	-----------

注:専門学校は、専攻の「4. その他」コースをご記入ください。

専攻	1. 社会福祉	2. 心理	3. 教育	4. その他( )
----	---------	-------	-------	-----------

◆取得資格 注:該当する番号すべてに○をつけてください。

1. 社会福祉士	2. 社会福祉士受験資格のみ	3. 精神保健福祉士取得済
4. 精神保健福祉士受験資格のみ	5. 介護支援専門員取得済	6. 社会福祉主事任用資格取得済
7. 社会福祉士課程実習指導者取得済	8. その他( )	

◆経験年数 注:申込現在までの通算経験年数をご記入ください。

ソーシャルワーカーの経験年数	年	ヶ月(申込現在)
----------------	---	----------

◆勤務先 注:職種名とは、ソーシャルワーカーなど。役職名とは室長など。

名称	ふりがな	勤務先経営主体(※医療法人など)	
所属部署名		職種名	
役職名	有・無( )	1. 専任	2. 兼務(兼務の内容)
住所	〒	TEL	Fax
	E-mail		

◆雇用形態 注:該当する番号に○をつけてください。

1. 正社員	2. 非常勤、パート、アルバイト、契約職員、嘱託等
3. 派遣労働者	4. その他( )

◆勤務先種別 注:経営母体の種別ではなく、ご自身の職場の番号に○をつけてください。兼務の場合は主たる勤務先。社会復帰施設とは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に定める精神障害者社会復帰施設をさします。

1. 病院	2. 診療所	3. 保健所	4. 介護老人保健施設	5. 地域包括支援センター
6. 社会復帰施設	7. その他( )			

◆病院の場合、自院の機能 注:該当する番号すべてに○をつけてください。他院に示せる自院の機能であり、社会保険事務局への届け出と一致しなくてもよい。

1. 急性期	2. 療養	3. リハビリ	4. 緩和ケア	5. 精神科
--------	-------	---------	---------	--------

◆自宅

住所	〒	TEL	Fax
	E-mail		

◆各通信の宛先 注:「自宅」か「勤務先」の指定がない場合、郵送物は「勤務先」にお送りします。

郵送物	1. 勤務先	FAX	1. 勤務先	電子メール	1. 勤務先
	2. 自宅		2. 自宅		2. 自宅

※自宅会員の場合、希望者のみ会員名簿に住所・電話・FAX番号を記載します。ご希望の場合、右記チェック下さい。→  記載を希望する  
 2017.04.03作成