

会長	副会長	事務局長	監事	理事					係

(様式第1号) 該当項目を○印で囲むこと

入会申込書 (正会員 ・ 賛助会員)										
氏名		(昭和 ・ 平成 年 月 日生)								
勤務先	名称				経営主体					
	所属部門				職名					
	種別	特定機能病院 地域支援病院 一般病院 精神病院 介護療養型医療施設 介護老人保健施設 福祉施設 () 行政 保健所 その他								
	標榜科名									
	許可病床数 (又は定員)	病院	一般 (床)	療養 (床)	精神 (床)	その他 (床)				
		老健	定員 (一般棟 人、認知症棟 人、通所 人)							
		施設	定員 (入所 人 通所 人 うち 棟 人)							
	所在地									
	電話				FAX					
	E-Mail									
最終学歴										
職歴	年 月～ 年 月									
	年 月～ 年 月									
	年 月～ 年 月									
	年 月～ 年 月									
	年 月～ 年 月									
自宅	住所									
	電話				FAX					
	E-Mail									
郵送先	勤務先 ・ 自宅 ・ その他 ()									
連絡方法	E-mail (職場 ・ 自宅) ・ FAX ・ 郵送 ※メールでの情報発信が主になります。可能な限りメールを選択してください									
私は、上記により、岩手県医療ソーシャルワーカー協会に入会を申し込みます。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日 氏名 _____ 印</div>										
岩手県医療ソーシャルワーカー協会長 殿										