

山形県医療ソーシャルワーカー協会 会長 殿

山形県医療ソーシャルワーカー協会

入会申込 ・ 現況届 ・ 変更届

(会員種別 : 正会員 施設会員 賛助)

届出日 平成 年 月 日

● 申込者氏名(担当者氏名)

ふりがな	
氏名	

- ・ 不要な様式名は末梢して下さい。
- ・ 会員種別を選択して下さい。
- ・ 施設会員は担当者名・所属機関欄をご記載ください。
- ・ 変更届は変更箇所のみ記入下さい。
- ・ 姓名の変更は旧姓を氏名の下にカッコ書き下さい。
- ・ 数字は○で囲んで下さい。

● 所属機関

名称	
住所 〒	
部署名	
Tel	Fax
Mail	

● 保有資格(該当する番号すべてに○をつけて下さい)

1. 社会福祉士 2. 精神保健福祉士 3. 認定医療社会福祉士 4. 認定社会福祉士
5. その他()

● 相談業務の経験年数

S・H	年	月～従事	年	ヶ月
-----	---	------	---	----

● 公益社団法人日本医療社会福祉協会の入会

1. 入会 2. 未入会

● 備考欄

--

● 事務局 : 山形ロイヤル病院 医療福祉相談室内

Tel 0237-43-8226(相談室直通) Fax 0237-43-8227 (送状不要)

E-Mail yamagata-soudan01@ims.gr.jp

● 事務局処理欄

受付	処理日 平成 年 月 日
----	--------------