令和　　　年　　　月　　　日受理

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会長 | 副会長 | 事務局長 | 監事 | 理 事 | 係 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（様式第1号）　　該当項目を〇印で囲むこと

|  |
| --- |
| 　　　　　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。令和　　年　　月　　日氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　岩手県医療ソーシャルワーカー協会長　殿 |