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 | | | | | | |