

兵庫県医療ソーシャルワーカー協会

会員登録調査票

年 月 日 新規 ・ 変更		会員番号	
ふりがな		性別	生年月日
氏名		男 ・ 女	S ・ H 年 月 日
自宅住所	〒 TEL: ( ) FAX: ( ) 携帯電話		

◆取得資格 注:該当する番号すべてに○をつけてください

1. 社会福祉士取得済	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. その他( )

◆勤務先 注①:職種名とはソーシャルワーカーなど  
注②:自宅会員は住所欄に自宅住所を記入ください。

設置主体	(法人名など)		
名称	ふりがな		
所属部署名		職種名	
役職名	無 ・ 有 ( )		1. 専任 2. 兼務( )
勤務先住所	〒 TEL: ( ) FAX: ( )		

◆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 ・ 契約社員 ・ 嘱託等
3. その他( )	

◆勤務先種別

1. 病院	2. 診療所	3. 介護老人保健施設	4. 地域包括支援センター
5. 居宅介護支援事業所	6. その他介護保険関連施設	7. 行政機関・関連施設団体	
8. 教育機関	9. 自宅会員	10. その他( )	

◆加入団体

1. 日本医療社会福祉協会	2. 日本社会福祉士会	3. 日本精神保健福祉士会
4. 日本介護支援専門員協会	5. その他( )	

1. 個人情報保護法に基づき、記載いただいた内容等は協会活動以外の目的には使用いたしません。
2. 自宅会員・学生会員は自宅住所を名簿に記載いたします。
3. この台帳は、県協会・組織で保管します。
4. 変更の場合は、再度会員台帳の提出をお願いいたします。