

兵庫県医療ソーシャルワーカー協会入会申込書

兵庫県医療ソーシャルワーカー協会 会長 様

兵庫県医療ソーシャルワーカー協会の趣旨に賛同し、その活動に参加したいので、
兵庫県医療ソーシャルワーカー協会会則第6条()の()①・②に該当するため正
会員・准会員・賛助会員として、入会を申し込みいたします。

* ()に番号とにチェックを記入して下さい

届出日 年 月 日

◎ 氏名(フリガナ) 印

・勤務先名称:

・勤務先住所: 〒

電話:

FAX:

・所属部署:

・職名:

※学生会員の方は下記にご記入ください。

・学校名:

・所在地: 〒

・自宅住所: 〒

電話:

FAX:

(学生の方で自宅住所と帰省先が異なる場合は帰省先住所・電話番号もご記入下さい)

・帰省先住所: 〒

電話:

FAX: