

入会申込書

●**会員種別**

1. 正会員	2. 賛助会員
--------	---------

●**氏名**

氏名	フリガナ	性別	1	2	生年月日	年	月	日
			男	女				

●**学歴および専攻**

学歴	1. 大学院	2. 大学	3. 短大	4. 専門学校	5. その他()
専攻	1. 社会福祉	2. 心理	3. 教育	4. その他()	

●**取得資格** 注)該当する番号すべてに○をつけて下さい

1. 社会福祉士(No)	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. 社会福祉主事任用資格取得済

●**経験年数** 注)申込現在までの通算経験年数をご記入下さい

保健医療分野のソーシャルワーカーの経験年数	年	ヶ月	(申込み現在)
-----------------------	---	----	---------

●**勤務先** 注)職種名とは、ソーシャルワーカーなど。役職名とは、室長など。

名称	フリガナ	開設者
所属部署名		職種名
役職名		1. 専任 2. 兼務(兼務内容:)
住所	〒	TEL: FAX:
	E-mail	

●**雇用形態** 注)該当する番号に○をつけて下さい

1. 正社員	2. 非常勤、パート、アルバイト、契約社員、嘱託等	3. 派遣労働者
4. その他()		

●**勤務先種別** 注)経営母体の種別ではなく、ご自身の職場の番号に○をつけて下さい。兼務の場合は、主たる勤務先。

1. 病院	2. 診療所	3. 保健所	4. 介護老人保健施設	5. 在宅介護支援センター・地域包括支援センター
6. 居宅介護支援事業所	7. 社会復帰施設	8. その他()		

***病院の場合、自院の機能** 注)該当する番号すべてに○をつけて下さい

1. 急性期	2. 回復期	3. 療養型	4. クリニック	5. 緩和ケア病棟	6. 精神科
--------	--------	--------	----------	-----------	--------

●**自宅**

住所	〒	TEL: FAX:
	E-mail	

***提出先(事務局)**

〒900-0005 那覇市天久1000 大浜第一病院 医療福祉課 当銘由香宛 TEL:098-866-5171(内線1133)
2012年作成