

高知県医療ソーシャルワーカー協会 入 会 申 込 書

高知県医療ソーシャルワーカー協会会則第二章会則規定に基づき、下記の通り入会を申し込みます

年 月 日

フリガナ _____
氏 名 _____ 印 _____

男性 女性 生年月日 年 月 日生

勤務先 _____

所属部署名 _____

取得資格 _____

役職・職名 _____

相談支援業務経験年数(計) 年 ヶ月

〒 _____
住所 _____

TEL _____ FAX _____

E-mail _____

※入会理由(具体的にご記入ください)

- ※1、様式 I・II-II 会員登録台帳届を併せて提出下さい
- ※2、理事会にて入会承認の上、結果をお知らせいたします。入会承認連絡後10日以内には、入会金及び年会費を納入ください。入金確認を経て正式に入会決定といたします。