

入会 ・ 退会 ・ 異動 ・ 氏名変更 届

鹿児島県医療ソーシャルワーカー協会 会長様

送信先FAX 099-251-6116

鹿児島県MSW協会事務局 浜辺恵里香 宛

(今村総合病院 総合相談支援センター内)

私は、鹿児島県医療ソーシャルワーカー協会へ下記の通り届出します。

届出内容	<input type="checkbox"/> 入会	<input type="checkbox"/> 退会	<input type="checkbox"/> 異動	<input type="checkbox"/> 氏名変更	
届出年月日	年	月	日		
フリガナ				MSW経験年数	
氏名	(旧姓：)				
所属機関	(新所属機関)				
	(旧所属機関)				
所属機関住所 〒				TEL (代表 ・ 直通)	
				FAX (代表 ・ 直通)	
保有資格 (該当するものにレ点を入れてください)					
<input type="checkbox"/>	社会福祉士	<input type="checkbox"/>	精神保健福祉士	<input type="checkbox"/>	社会福祉主事
<input type="checkbox"/>	認定社会福祉士	<input type="checkbox"/>	看護師	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員
<input type="checkbox"/>	実習指導者	<input type="checkbox"/>	がん相談員	<input type="checkbox"/>	両立支援コーディネーター
<input type="checkbox"/>	その他 ※上記外の資格をお持ちの方は下記へご記入ください				
	()				
所属学会等 (該当するものにレ点を入れてください)					
<input type="checkbox"/>	鹿児島県社会福祉士会	<input type="checkbox"/>	鹿児島県精神保健福祉士会	<input type="checkbox"/>	鹿児島県看護協会
<input type="checkbox"/>	鹿児島県介護支援専門員協議会	<input type="checkbox"/>	日本医療ソーシャルワーカー協会 (SWHS)		
<input type="checkbox"/>	日本医療ソーシャルワーク学会				
<input type="checkbox"/>	その他 ()				
名簿掲載について (レ点を入れてください)					
協会会員へ配布する名簿に、氏名・所属機関名・所属機関電話番号・所属機関FAX番号の掲載を					
<input type="checkbox"/> 希望する (掲載へ同意する)		<input type="checkbox"/> 希望しない (掲載へ同意しない)			

※上記情報については、県協会事務局にて保管し、名簿作成管理を行います。個人情報本人の同意なしに外部に漏れることはありません。また、名簿作成以外の用途に使用することはありません。

- 【お願い】 1. 入会には入会届と会費の納入が必要です。会費の納入が確認できた方に届出受理書を送付致します。
2. 年度途中の入会であっても、会費は変わりません。

◆ 会 費 ◆ 年会費： 5,000円 (4月1日～翌3月31日迄)

【振込先】 「ご依頼人」のお名前は病院名ではなく、会員名でお振込ください。

鹿児島銀行 笹貫支店 普通 205394

鹿児島県医療ソーシャルワーカー協会