

愛媛県MSW協会(準会員)入会申込書

令和 年 月 日申込

ふりがな 氏名	印	生年月日	年 月 日(歳)
		最終学校	
勤務先名		部署名	
		職務上の役名	
勤務先の住所	〒 TEL: FAX:		
自宅の住所	〒 TEL:		
会報の送付先 (会報は原則メール 配信になります)	メールアドレス: <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅		
	※メールアドレスを登録しますので、お手数ですが事務局までメール下さい 事務局アドレス: info@dojinkai.jp		
現在取得済みの資格(○印をご記入ください)			
社会福祉士	精神保健福祉士	介護支援専門員	
職歴のある方は以下にご記入をお願い致します			
本会への入会の理由及び希望等を記入して下さい			

※入会手続き後、理事会の承認を経て入会となります。尚、入会者は理事会承認後の翌月会報に掲載します。

※会員名簿はメーリングリストでの送信になります。都合の悪い方は事前に事務局までお申し出ください。

※当協会ホームページに所属機関の情報の掲載をします。都合の悪い方は事前に事務局までお申し出ください。

※協会からのお知らせは基本的にはメールで行ないますが、郵送させていただく場合がございます。

郵送先は勤務先とさせていただきますが、ご都合の悪い方は、事務局までお申し出ください。

*** 協会費は年/5,000円です。**(次年度以降は口座振替になりますので、別途会計よりご案内いたします。)

*** 年度途中の入会の方は振込みでお願いします。**振込みの際は**個人名**でお願いします。

《振込先》

銀行名 伊予銀行 福音寺支店
 口座番号 普通預金 0179560
 口座名 愛媛県医療ソーシャルワーカー協会

《事務局》

愛媛県医療ソーシャルワーカー協会
 事務局 〒791-8555 松山市六軒家町4の20
 おおぞら病院 地域連携室 内
 TEL: 089-989-6607(直通) FAX: 089-989-6619(代表)