

一般社団法人日本保健医療社会福祉学会 入会申込書

20250530改訂

入会を申し込みます。

年 月 日

※会員登録日： 年 月 日		会員番号： 正 - 準		決済		
氏 名	(ふりがな)	性別	生年月日	年 月 日		
		男・女	英字氏名			
自 宅 住 所	〒 -					
	電話：		FAX：		携帯：	
	e-mail：					
所属機関名 所 属 部 署						
施 設 種 別	☐ 1. 教育 - 研究機関 ☐ 2. 医療提供施設(病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院) ☐ 3. 保健所、保健センター ☐ 4. その他の施設・支援機関(特別養護老人ホーム、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、基幹相談支援センター等) ☐ 5. その他()					
同 所 在 地	〒 -					
	電話：			FAX：		
	e-mail：					
現在の職種	☐ 1. 教員・研究員 ☐ 2. ソーシャルワーカー ☐ 3. 医療専門職(医師・看護職等) ☐ 4. 介護支援専門員 ☐ 5. 学生(在学中) ☐ 6. その他()					
学 歴 (高等学校卒業後を明記) *可能な限り、専攻がわかるように明記	年 月〔 〕 * _____ 年 月〔 〕 * _____ 年 月〔 〕 * _____ 年 月〔 〕 * _____ 年 月〔 〕 * _____					
職 歴 (職種を明記)	年 月～ 年 月〔 〕 年 月～ 年 月〔 〕 年 月～ 年 月〔 〕 年 月～ 年 月〔 〕 年 月～ 年 月〔 〕					
取 得 資 格	☐ 1. 社会福祉士 ☐ 2. 精神保健福祉士 ☐ 3. 介護支援専門員 ☐ 4. 医療関連資格() ☐ 5. その他()					
郵便物送付先	☐ 勤務先 ☐ 自宅 (いずれかをチェックしてください)					

注 1: ※欄(太枠内の会員登録日～決済)は記入しないでください。

注 2: 選択項目は該当するところをチェックし、その他の場合は()内に記入してください。

注 3: 入会審議の過程において、追加資料の提出をお願いする場合があります。

次ページにも記載あり

主な研究業績等について記載してください。
簡易な記載で結構です。

主な関心領域	
主な研究業績等	論文・実践報告・研究発表等(学部在学中の方は、研究業績は記載しなくてもかまいません)

*ここに記載された情報を、下記の本学会個人情報保護規程に定める範囲内で利用することに ☐ 同意します。

(個人情報の利用目的)

第3条 本学会が取得した個人情報は、以下の利用目的の達成に必要な範囲内で利用する。

- (1) 会員データベースの作成
- (2) 学術研究集会、講演会等の開催
- (3) 学会誌「医療社会福祉研究」その他の刊行物の発行・発送
- (4) 調査・研究の事業の実施
- (5) 関連学術団体との連絡および協力
- (6) 国際的な研究協力の推進
- (7) 各種事業への参加に関する諸手続き
- (8) 会員相互の連絡および事業効果の分析
- (9) アンケート調査等の依頼
- (10) その他本学会の目的を達成するために必要な事業

この申込書は、一般社団法人日本保健医療社会福祉学会事務局までFAX、郵送または添付メールでお送りください。

〒555-0001 大阪市西区土佐堀1丁目4-8 日栄ビル 703A
あゆみコーポレーション内 一般社団法人日本保健医療社会福祉学会事務局
Tel:06-6441-5260 FAX:06-6441-2055