

※コピーして使用ください 公益社団法人 日本医療社会福祉協会

会員登録変更届

網掛け部分は、個人情報保護規程に基づき公開します。

届出日 年 月 日

※全ての項目を再度ご記入ください。

姓名の変更は、旧姓を氏名の下にカッコ書きください。

会員番号	フリガナ	
	氏名	

◆都道府県MSW協会入会状況

1. 入会 (協会名)	2. 未入会
--------------	--------

◆取得資格 注; 該当する番号すべてに○をつけてください。

1. 社会福祉士 (No.)	2. 社会福祉士受検資格のみ	3. 精神保健福祉士取得済
4. 精神保健福祉士受検資格のみ	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

◆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	別紙一覧から番号 ()
所属部署名		職種名	
役職名	有・無 ()	1. 専任 2. 兼務 (兼務の内容)	
住所	〒	TEL	Fax
	E-mail		

◆雇用形態 注; 該当する番号に○をつけてください。

1. 正社員	2. 非常勤、パート、アルバイト、契約職員、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○をつけてください。兼務の場合は、主たる勤務先。社会復帰施設とは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に定める精神障害者社会復帰施設をさします。

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
6. 社会復帰施設	7. その他 ()			

◆病院の場合、自院の機能 注; 該当する番号すべてに○をつけてください。

他院に示せる自院の機能であり、社会保険事務局への届け出と一致しなくてもよい。

1. 急性期	2. 療養	3. リハビリ	4. 緩和ケア	5. 精神科
--------	-------	---------	---------	--------

◆自宅

住所	〒	TEL	Fax
	E-mail		

◆各通信の宛先 注; 電子メールについては、現在検討中です。

「自宅」か「勤務先」の指定がない場合、郵送物は「勤務先」にお送りします。

郵送物	1. 勤務先	FAX	1. 勤務先	電子メール	1. 勤務先
	2. 自宅		2. 自宅		2. 自宅

※自宅会員の場合、会員名簿には電話・FAX番号は希望者のみに記載します。ご希望の場合、希望するを○で囲んでください。→ 記載を希望する

別紙

開設者一覧

種類	番号	
国	厚生労働省	11
	独立行政法人国立病院機構	12
	国立大学	13
	独立行政法人労働者健康福祉機構	14
	その他	29
公的医療機関	都道府県	31
	市町村	32
	日赤	33
	済生会	34
	北海道社会事業協会	35
	厚生連	36
	国民健康保険団体連合会	37
社会保険関係団体	全国社会保険協会連合会	51
	厚生年金事業振興団	52
	船員保険会	53
	健康保険組合及びその連合会	54
	共済組合及びその連合会	55
	国民健康保険組合	56
公益法人	71	
医療法人	72	
学校法人	73	
社会福祉法人	74	
医療生協	75	
会社	76	
その他の法人	89	
個人	90	
その他	99	