

※コピーしてご使用ください

公益社団法人 日本医療ソーシャルワーカー協会

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	

◆職能団体等への加入状況 注；該当する番号すべてに○をつけてください。

学会に所属している場合は「5.その他」にご記入ください。

1. 日本社会福祉士会	2. 日本精神保健福祉士協会	3. 日本ソーシャルワーカー協会
4. 都道府県 MSW 協会 (協会名:)	5. その他 ()	

◆学歴 注；最終学歴ではありません。該当する番号すべてに○をつけてください。

学歴	1. 大学院 (前期課程修了)	2. 大学院 (後期課程修了)	3. 大学	4. 短大
	5. 専門学校	6. その他 ()		

◆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. 精神保健福祉士	3. 介護支援専門員 (有効期間内)	4. 両立支援コーディネーター
-----------------	------------	--------------------	-----------------

◆勤務先 注；職種名とは、ソーシャルワーカーなど。

名称	フリガナ	開設者	裏面一覧から番号 ()
所属部署名		職種名	
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。

1. 病院	2. 診療所	3. 介護老人保健施設	4. 地域包括支援センター	5. 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. 回復期リハビリ	4. 地域包括ケア	5. 緩和ケア	6. 精神科
--------	-------	------------	-----------	---------	--------

◆自宅

住所	〒	TEL	Fax
E-mail			

◆各通信の宛先 注；「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

番号	種類
1	厚生労働省
2	独立行政法人国立病院機構
3	国立大学法人
4	独立行政法人労働者健康安全機構
5	国立高度専門医療研究センター（国立研究開発法人）
6	独立行政法人地域医療機能推進機構
7	国のその他
8	都道府県
9	市町村
10	地方独立行政法人
11	公立大学法人
12	日赤
13	済生会
14	北海道社会事業協会
15	厚生連
16	国民健康保険団体連合会
17	健康保険組合及びその連合会
18	共済組合及びその連合会
19	国民健康保険組合
20	公益法人（公益社団法人、公益財団法人）
21	一般社団法人
22	一般財団法人
23	医療法人（医療法人、医療法人社団、医療法人財団）
24	私立学校法人
25	社会福祉法人
26	医療生協
27	会社
28	その他の法人
29	個人
30	その他