

# 長崎県医療ソーシャルワーカー協会入会手続きの案内

## 《入会手続き》

- (1) 入会申込書に必要事項をはっきりとご記入下さい。
- (2) 入会申込書はFAX又は郵送にて下記へご送付下さい。

### 【送付先】

〒854-0066 諫早市久山町1575-1  
社会医療法人三佼会 宮崎病院 地域医療連携室内  
長崎県医療ソーシャルワーカー協会  
近藤直樹（事務局担当理事）  
TEL (0957) 25-4800 FAX (0957) 25-7053  
e-mail: n-msw2012@mopera.net

### (3) 年会費

	入会金	年会費
正会員	1,000円	5,000円
賛助会員	なし	5,000円

入会金と年会費を下記の銀行口座への振込み又は郵便振替にて納入をお願いいたします。

入金を確認し次第領収証を発行いたします。特に期限は設けていませんが、できるだけ早目にお振込み下さい。

#### 《銀行振込の方》

銀行名 十八銀行 道ノ尾支店  
口座番号 普通 337708  
受取人 長崎県医療ソーシャルワーカー協会

#### 《郵便振替の方》

口座番号 01820-9-39502  
加入者名 長崎県医療ソーシャルワーカー協会

- (4) 理事会にて入会承認後、協会誌をお送りいたします。

# 入会申込書

(正会員・賛助会員)

長崎県医療ソーシャルワーカー協会の規約に賛同し、入会金及び年会費を添えて入会を申し込みます。

令和 年 月 日  
施設名  
氏名

長崎県医療ソーシャルワーカー協会長 様

氏名	フリガナ	性別 男・女
生年月日	ソーシャルワーカーとしての経験年数	
(大正・昭和・平成) 年 月 日	年	
所属施設		
名称:		
所在地: 〒		
所属課・係名:		
職名:		
TEL: ( )		
FAX: ( )		
※FAXによる協会からのお知らせを希望 ( する・しない )		
E-mail:		
※E-mailによる協会からのお知らせを希望 ( する・しない )		
お持ちの資格があればご記入下さい。		
備考		

会の活動に際して知り得た個人情報に関しましては、適切に取り扱います。

送付先: 長崎県医療ソーシャルワーカー協会事務局 宮崎病院 地域医療連携室 近藤  
〒854-0066 諫早市久山町1575-1 TEL: (0957) 25-4800 FAX: (0957) 25-7053  
E-mail : n-msw2012@mopera.net

承認印	
協会長	事務局

変更届

この度、私は下記のとおり(勤務先・姓・連絡先)変更いたします。

令和 年 月 日  
施設名  
氏名

長崎県医療ソーシャルワーカー協会会長 様

変更届(勤務先・姓・連絡先)		
変更事項	旧	新
フリガナ		
氏名		
勤務先名 (施設名)		
勤務先住所	〒 —	〒 —
連絡先	TEL: FAX:	TEL: FAX:
メールアドレス (メーリングリスト登録の変更を致します)		
自宅住所	〒 —	〒 —
職名		

会の活動に際して知り得た個人情報に関しましては、適切に取り扱います。

送付先:長崎県医療ソーシャルワーカー協会事務局 宮崎病院 地域医療連携室 近藤  
〒854-0066 諫早市久山町1575-1 TEL:(0957)25-4800 FAX:(0957)25-7053  
E-mail : n-msw2012@mopera.net

承認印	
協会長	事務局