

入会申込書

新潟県医療ソーシャルワーカー協会 会長 様

新潟県医療ソーシャルワーカー協会会則に賛同し、入会を申し込みます。

令和 年 月 日

氏名 _____ ㊟

- 別紙「記入上の留意点」をよく読んで、誤りのないよう記載して下さい（選択肢がある項目は、数字に○）。
- 記載された内容は、当協会個人情報管理規定に基づき使用します。
- (1)、(2)のうち、※の項目は匿名化の上、全国医療ソーシャルワーカー協会会長の調査に使用します。

(1) 共通事項						
か 氏名			性別 ※		生年月日 (生年のみ※)	
			1. 女	2. 男	西暦 年 月 日	
(社)日本医療社会福祉協会への入会有無 ※		1. 入会無し 2. 入会有り (会員番号)				
他の団体入会		1. 社会福祉士会 2. 精神保健福祉士協会 3. その他 ()				
最終 学歴	※ 1. 大学院 2. 大学 3. 短大 4. 専門学校 (コース) 5. その他 ()					
	校名			学部 学科等		
	専攻※	1. 社会福祉 2. その他 (心理・教育)				
経験 年数	相談援助業務経験 満 () 年		左記のうち 病院・老健・保健所等 保健医療分野での相談援助経験 満 () 年			
取得 資格※	1. 社会福祉士 2. 社会福祉士受験資格 3. 精神保健福祉士 4. 精神保健福祉士受験資格 5. 介護支援専門員 6. 社会福祉主事任用資格 7. その他 ()					
(2) 就業している方のみ記入事項 ☆の項目については、裏面を参照の上回答						
勤 務 先 (兼務の場合は主たる配属先)	経営主体 ※☆	番号	→ 4、24の場合具体的に：()			
	か			雇用 形態	1. 正職員 2. 契約職員(嘱託含む) 3. パート・アルバイト 4. 派遣労働者 5. その他	
	名称					
	部署名 ※			配属 形態	1. 専任 兼務の内容 2. 兼務	
	職種 (分類)	職場での 職名(呼称)※		役職に就いている場合 (～長、～主任 など)		
		職種 分類	1. MSW 2. PSW 3. SW 4. 支援相談員 5. 生活相談員 6. 介護支援専門員 7. 教員 8. その他 ()			
	種別 ※☆	番号	→ 7の場合具体的に：()			
	所在地	〒 - 市・郡 区・町・村				
	電話	【代表・直通】 ()		FAX	()	
	E-mail	@ _____ メーリングリストへの登録の可否：可 否				
(3) 自宅会員のみ記入事項 (会員名簿上で公開しても良い項目の口に✓をして下さい)						
自 宅	住所	〒 - 市・郡 区・町・村				
	電話 □	()		FAX □	()	
	E-mail □	@ _____ メーリングリストへの登録の可否：可 否				
注：住所公開不可の場合、会員名簿では「その他地域(県外等)」として掲載します						
(4) (1)～(3)に記載した個人情報の取扱いについて特に要望がある場合のみ以下に記入						

【記入上の留意点】

- ・ 現在勤務中の方は（１）、（２）の項を、自宅会員の方は（１）、（３）の項を記入して下さい。
- ・ （１）『最終学歴』は、「より若い番号の選択肢」を優先して選択し、最終学歴として下さい。
 (例)「大学卒業後、専門学校へ入学、卒業」→ 2.大学に○をし、出身大学について記載
- ・ （１）『業務経験年数』については、「職場・職種を問わず社会福祉相談援助業務に従事した満年数」と「病院ソーシャルワーカーまたは老人保健施設の支援相談員等、保健医療分野での相談援助職として従事した満年数」についてそれぞれ記入して下さい。
- ・ （１）『他の団体入会』については、保健医療福祉に係る団体であって、個人で入会しているものに限りません。
- ・ （２）勤務先の『職種』については職場での呼称を記入し、役職についている方は次の欄に役職名を記入して下さい。また、職種分類についてはあてはまるものに○を付して下さい。
- ・ （２）の ☆「経営主体」および「種別」は、以下の内容を確認して下さい。

☆**経営主体** 1～25の選択肢番号について、表面の当該 欄に記入
 4、24を選択した場合は、つづく（ ）内に具体的に記載

種 類	選択肢番号	
国	独立行政法人 国立病院機構	1
	国立大学法人	2
	独立行政法人 労働者健康福祉機構	3
	その他 国・厚生労働省関係	4
公的機関	都道府県立	5
	市町村立	6
	日本赤十字社	7
	恩賜財団 済生会	8
	北海道社会事業協会	9
	厚生農業協同組合連合会（厚生連）	10
社会保険 関係団体	国民健康保険団体連合会	11
	全国社会保険協会連合会	12
	厚生年金事業振興団	13
	船員保険会	14
	健康保険組合（及びその連合会）	15
	共済組合（及びその連合会）	16
	国民健康保険組合	17
公 益 法 人	18	
医 療 法 人	19	
学 校 法 人	20	
社 会 福 祉 法 人	21	
医 療 生 活 協 同 組 合	22	
会 社	23	
その他法人(社会医療法人を含む)	24	
個 人	25	

☆**種別** 1～7の選択肢番号について、表面の当該 欄に記入
 7を選択した場合は、つづく（ ）内に具体的に記載

- | |
|---|
| 1. 病院 2. 診療所 3. 保健所 4. 老人保健施設 5. 在宅介護支援センター
6. 社会復帰施設（精神障害者社会復帰施設を含む）
7. その他（大学・短期大学、地域包括支援センター、特別養護老人ホーム、
居宅介護支援事業所、その他障害者関連施設、その他介護保険事業所 など） |
|---|

記載例

入会申込書

新潟県医療ソーシャルワーカー協会 会長 様

新潟県医療ソーシャルワーカー協会会則に賛同し、入会を申し込みます。

令和 年 月 日(提出日を記載)

氏名 (署名・押印のこと) ㊞

- 別紙「記入上の留意点」をよく読んで、誤りのないよう記載して下さい（選択肢がある項目は、数字に○）。
- 記載された内容は、当協会個人情報管理規定に基づき使用します。
- (1)、(2)のうち、※の項目は匿名化の上、全国医療ソーシャルワーカー協会会長の調査に使用します。

(1) 共通事項					
か	ニイガタ ハナコ		性別 ※	生年月日 (生年のみ※)	
氏名	新潟 花子		① 女 2. 男	西暦 1978 年 4 月 1 日	
(社)日本医療社会事業協会への入会有無 ※		1. 入会無し ② 入会有り (会員番号 999999)			
他の団体入会		① 社会福祉士会 2. 精神保健福祉士協会 ③ その他 (日本医療マネジメント学会)			
最終 学歴	※ 1. 大学院 ② 大学 3. 短大 4. 専門学校 (コース) 5. その他 ()				
	校名	新潟社会事業大学	学部 学科等	社会福祉学部 社会福祉学科	
	専攻※	① 社会福祉 2. その他 (心理・教育)			
経験 年数	相談援助業務経験 満 (8) 年	左記のうち 病院・老健・保健所等 保健医療分野での相談援助経験 満 (5) 年			
取得 資格※	① 社会福祉士 2. 社会福祉士受験資格 3. 精神保健福祉士 4. 精神保健福祉士受験資格 5. 介護支援専門員 ⑥ 社会福祉主事任用資格 7. その他 ()				
(2) 就業している方のみ記入事項 ☆の項目については、裏面を参照の上回答					
勤 務 先 (兼務の場合は主たる配属先)	経営主体 ※☆	番号 15	→ 4、24の場合具体的に：()		
	か	えちごはなぞのびょういん		雇用 形態	
	名称	越後花園病院			
	部署名 ※	地域医療連携部 医療福祉相談室		配属 形態	
	職種 (分類)	職場での 職名(呼称)※	医療福祉相談員	役職に就いている場合 (~長、~主任 など)	副室長
		職種 分類	① MSW 2. PSW 3. SW 4. 支援相談員 5. 生活相談員 6. 介護支援専門員 7. 教員 8. その他 ()		
	種別 ※☆	番号 1	→ 7の場合具体的に：()		
	所在地	〒 950-0000 新潟 ① 市・郡 中央 ② 区・町・村 ××町 1丁目2-3			
	電話	〔代表 ③ 直通〕 025 (200) 0110	FAX	025 (200) 0119	
	E-mail	h.niigata@essa-hp.or.jp			
(3) 自宅会員のみ記入事項 (会員名簿上で公開しても良い項目の口に✓をして下さい)					
自 宅	住所	〒	—		
	□	市・郡	区・町・村		
	電話 □	()	FAX □	()	
E-mail □	@				
注：住所公開不可の場合、会員名簿では「その他地域 (県外等)」として掲載します					
(4) (1)~(3)に記載した個人情報の取扱いについて特に要望がある場合のみ以下に記入					