

山梨県医療社会事業協会 入会申込書

(フリガナ) 氏名		
所属 機 関	機関名	
	所属部署名	
	職名	
	住所	〒
	電話	
	FAX	
	メールアドレス	
個 人 情 報	生年月日	年 月 日
	自宅住所	〒
	携帯電話	
	メールアドレス	
最終学歴		
免許・資格等		
入会年月日		年 月 日

※1 個人情報については差し支えない範囲でご記入ください。
(協会の活動以外に使用されることはありません)

※2 記入したメールアドレスに協会からの「お知らせメール」をお送りします。
(どちらか1つご記入ください)

※3 免許・資格等は、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、養護教諭等の
医療介護福祉に関するものをご記入下さい。