

**FAX送信先：052-202-3006**

(一社)愛知県社会福祉士会・(一社)愛知県医療ソーシャルワーカー協会 共催

**2018年度 認定社会福祉士分野別研修(医療)  
がんとソーシャルワーク  
受講申込書**

申込日： 年 月 日

ふりがな 氏名	男・女
勤務先	
受講決定通知書 送付先住所 勤務先・自宅 ↑どちらかに○を お願いします	〒 -
TEL/FAX	TEL ( ) - FAX ( ) -
連絡先 Eメールアドレス	●必ず、メール連絡の取れるアドレスをご記入ください。
仕事内容の種類	●以下の該当する種類すべてに○をお願いします。 医療機関(総合・一般・回復期・療養・地域包括ケア・緩和ケア・診療所) 医師会・老健施設・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・ その他 ( )
経験年数	年目(2019年3月末において)
所属協会名	●以下の該当する協会すべてに☑をお願いします。 <input type="checkbox"/> 愛知県社会福祉士会 <input type="checkbox"/> ( ) 都道府県社会福祉士会 <input type="checkbox"/> 愛知県MSW協会 <input type="checkbox"/> ( ) 都道府県MSW協会 <input type="checkbox"/> 未入会
社会福祉士会 会員番号	*社会福祉士会の方のみ会員番号をご記入ください