

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日(男・女)
最終学歴		学部(科)	
医療ソーシャルワーカーとしての実務経験		年 月	
勤務先名		経営主体	
勤務先 住所	〒		
自宅住所	〒		
勤務先 電話		勤務先 F A X	
職名		所属部署	
福祉関連 取得資格			
学会・協会 加入状況	※関係学会・協会への加入状況をご記入ください		

福島県医療ソーシャルワーカー協会

----- < キ リ ト リ > -----

○会費の納入について

【年会費】 7,000円**【初年度会費】** ⇒ 口座振込

初年度会費は、下記の協会口座に直接振り込んで下さい。

振込先

銀行・支店名／東邦銀行 県庁支店

種別・口座番号／普通 1031986

口座名義人／福島県医療ソーシャルワーカー協会

【2年目以降の会費】 ⇒ 指定口座から引き落とし入会時に方部長より口座振替依頼書をお渡ししますので、そちらに必要な事項を記入・押印のうえ、方部長にお戻し下さい。

2年目以降の会費につきましては、手続きをされました指定の口座より引き落としさせていただきます。会費は、前年度末(3/27)に引き落としとなります。