# 一般社団法人日本聴覚障害ソーシャルワーカー協会 入会申込書

| | | | |
|---|---|---|---|
| | □新規　□継続 | 20　年　月　日記入 | |
| フリガナ | | 性別 | 聴覚障害の有無 |
| 氏名 | ㊞ | 男 ・ 女 | 有 ・ 無 |
| その他の<br>障害の有無<br>必要な支援 | | | |
| 所有資格 | 社会福祉士（登録番号　　号） | 精神保健福祉士（登録番号　　号） | |
| | その他1（　　） | その他2（　　） | |
| 生年月日 | 西暦　　年　　月　　日　（満　　歳） | | |

| | | |
|---|---|---|
| フリガナ | | |
| 自宅 | 〒　　－ | |
| | 都道府県 | |
| | 電話（　　）　　－ | FAX（　　）　　－ |

| | | |
|---|---|---|
| フリガナ | | |
| 勤務先 | 〒　　－ | 勤務先名 |
| | 都道府県 | |
| | 電話（　　）　　－ | FAX（　　）　　－ |
| 職種 | | |

連絡先　1. 自宅　2. 勤務先

| 連絡用Email | 注意：数字の場合は、下線を付けて下さい。（記入例 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9） |
|---|---|
| | @ |

| メーリングリスト登録用Email | 注意：数字の場合は、下線を付けて下さい。（記入例 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9） |
|---|---|
| | @ |

聴覚障害者のソーシャルワークに関わる主な活動歴、もしくは研究歴

名前、居住地（都道府県まで）、資格、職場名、職種　の範囲で名簿作成します。　下記について該当に○をつけてください。

名簿への掲載　　認める　　認めない【　全部　　（居住地　　資格　　職場名　　職種）の部分を認めない】

※　名簿掲載に回答ない場合は掲載を承認されたものとさせていただきます。

| 事務局記入欄 | | | |
|---|---|---|---|
| 受領連絡 | 名簿記入 | 会員No. | ML登録 |
| | | | |

Copyright by 日本聴覚障害ソーシャルワーカー協会