

コピーしてご使用ください。

入会関係書類送付依頼書

記入年月日	年	月	日	
ふりがな				
氏名				
所属機関及び部署（学生の場合は学校名・学部学科コース）				
書類送付及び連絡先住所 所属機関、現住所どちらかに○をつけてください。				
所属機関住所		現住所	住所は、マンション・アパート、ビル名も記載をお願いします。	
〒				
住所				
連絡先電話番号 所属機関、本人用どちらかに○をつけてください。				
所属機関電話		本人用電話		
電話番号を記入してください。				
希望会員区分			問い合わせ・質問欄	
希望の区分に○をつけて下さい 初任者研修受講希望者は准専門になります。				
准専門会員		一般会員		
学生会員		賛助(個人)会員		
賛助(団体)会員				
今回が初めての入会の方は○をつけてください。				
初めての入会				

上記の個人情報は、会務の適切な遂行のために利用いたします。

上記項目に記入し、FAXまたは郵送、メール添付で入会資料を請求してください。

FAX番号 06-6767-7008

メールアドレス info@omsw.jp

郵送先 〒542-0012

大阪府中央区谷町7丁目4番15号 大阪府社会福祉会館1階

特定非営利活動法人 大阪医療ソーシャルワーカー協会