

FAX 06-6767-7008

コピーしてご使用ください。

会員ポイント取得申請書

平成 年 月 日

ID _____

所属機関 _____ 氏名 _____ 印 _____

研修について *参加確認できる資料のコピーを添付してください。

受講期間	平成 年 月 日 ~ 月 日 時 ~ 時まで (半日 or 一日 or 日間)
主催者	
研修名	
目的・内容	
開催場所	

学会・論文について *確認できる資料のコピーを添付してください。

発表年月日	平成 年 月 日 ~ 月 日 時 ~ 時まで (半日 or 一日 or 日間)
学会名	
掲載誌名	
備考	

*1枚で掲載しきれない場合は、別紙で一覧を添付することも可能です。
上記の情報は、会務の適切な遂行のために、利用いたします。

郵送先： 〒542-0012
大阪府大阪市中央区谷町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 事務局
TEL/FAX：06-6767-7008

-----事務局使用欄-----

会員登録票	P C					理事会確認
	異動	管理	Point			通知