

会員ポイント取得申請書 西暦 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	西暦 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	西暦 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 大阪府社会福社会館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