公益社団法人　岡山県社会福祉士会

「個人賛助会員」入会申込書

公益社団法人 岡山県社会福祉士会 会長 様

西暦　　　　　年　　月　　日

貴会の目的・事業に賛同し、入会を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 西暦　　　　年　　　月　　日 |
| 氏名 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話/携帯 | / | E-mail |  |
| ふりがな |  | | |
| 勤務先  （部署名） |  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | E-mail |  |
| 確認事項 | 社会福祉士の資格を保有していません。  ※社会福祉士の資格をした場合は賛助会員を退会し、正会員として入会となります。 | | |
| 保有資格 | 医師　弁護士　看護師　精神保健福祉士　保育士　介護福祉士  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 登録E-mail | 本会メーリングリストに登録をご希望の場合は、登録したいメールアドレスをご記入ください。 | | |
| 申込口数 | 個人　　5,000円　×　（　　　）口＝　　　　　　　　　　円 | | |
| ホームページ等での氏名の公表についてについて | 同意する　　　　　　　　　　 同意しない | | |
| 備考 |  | | |

※ 全て必須項目です。