申込年月日　　　　　年　　月　　日

一般社団法人　日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会

（正会員・準会員）入会申込書

私は、貴協会の目的に賛同し入会を申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 生　年　月　日 |
| 氏　　名 |  | | | 年　　　月　　日 |
| 所属機関 | フリガナ |  | | |
| 名　　称 |  | | |
| 住　　所 | 〒 | | |
| 連 絡 先 | ＴＥＬ：  ＦＡＸ： | | |
| Email： | | |
| 種　　別 | ・医療機関（精神科病院・精神科診療所・一般病院・一般診療所）  ・福祉施設（機関）・行政機関・教育・研究機関・その他（　　　　　　　　　　　　）  ・所属なし | | |
| 自　　　宅  (名簿には記載しません) | | 〒 | | |
| ＴＥＬ：  ＦＡＸ： | | |
| Email： | | |
| 資料送付先 | | ・所属機関　　　・自宅 | | |
| 協会・支部からのメール | | ・所属機関アドレスを登録します　・自宅アドレスを登録します　・登録しません | | |
| 会員資格 | | ①精神保健福祉士である。　②社会福祉士である。　③教育機関においてソーシャルワーカーの養成および研究の従事者　⑤行政機関の相談員　⑤学生  ⑥その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 会員資格に関する学歴  （受験資格取得校） | |  | | |
| 職　　歴 | 年　　月～ | |  | |
| 年　　月～ | |  | |
| 年　　月～ | |  | |
| 年　　月～ | |  | |
| 年　　月～ | |  | |

※社会福祉士・精神保健福祉士資格をお持ちの方は、登録証の写しを提出してください。

※準会員で学生である方は、学生証の写しを提出してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　　付 | 承　　認 | 承認通知 | 入金確認 | 会員登録 | |
|  |  |  |  |  | |
| 自己紹介票  ご所属　　　　　　　　　 お名前  （入会の動機、アディクション問題へのかかわり、簡単な自己紹介等を記入してください） | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

|  |
| --- |
| メッセージ欄　**※ＡＳＷ通信にお名前と所属先以外に掲載するものです。希望する場合のみご記載ください。** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**【確認事項】**

協会が発行しているＡＳＷ通信に、新入会員紹介として、あなたのお名前と所属先を掲載します。それとは別に会員に対してメッセージ等のご希望があれば、上記のメッセージ欄にご記載願います。なお、原則、記載内容をそのまま掲載させていただきますが、場合によってはご相談させていただくことがございますので、ご了承ください。**なお、希望がない場合は、メッセージ欄の記載は不要です。**

ご不明な点がありましたら、協会メール【 aswoffice2014@gmail.com 】へご連絡ください。