申込年月日　平成　　　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 |  | 性別 | 生　年　月　日 |
| 氏　　名 |  | 　男　女 | 昭和・平成　　　　　　　　　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) | 〒 |
| ＴＥＬＦＡＸ |
| Email： |
| 資料送付先 | ・所属機関　　　・自宅 |
| メーリングリスト登録 | ・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 |  |
| 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 | 入　　力 | 承認通知 | 入金確認 |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 自己紹介票所属　　　　　　　　　お名前　　　　　　　　　　（入会の動機、アルコール問題・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） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**ASW通信への新入会員紹介掲載について（お名前、所属先は掲載します）**

・自己紹介票の掲載を　　　許可する・　許可しない（紙面の関係上、内容を要約して掲載する場合があります。）

**協会名簿掲載情報について（支部・お名前は必須項目として掲載します）**

|  |  |
| --- | --- |
| 所属先名称 | 可　・　不可 |
| 所属先住所 | 可　・　不可 |
| 電話・FAX | 可　・　不可 |
| メールアドレス | 可　・　不可 |
| 種別 | 可　・　不可 |

名簿掲載情報について、ご要望がありましたら、協会メール【aswoffice2014@gmail.com】へご連絡ください。