

令和 年 月 日

入会申込書

鳥取県医療ソーシャルワーカー協会会長 様

私は、鳥取県医療ソーシャルワーカー協会の目的に賛同し
て加入を申し込みます。 会員 として
賛助会員

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	年 月 日
住所	〒		
勤務先	所属・職名		
所在地	〒		
	Tel _____ Fax _____		
最終学歴 (専攻)			