

会員登録内容確認票 (2022年/令和4年度)

注意：以下該当項目の口にチェック下さい。全て令和4年10月1日現在にて記入ください。

氏名	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	歳
			<input type="checkbox"/> 女		年	月	日	

◆全国協会入会状況 (ソーシャルワーカー関連)

<input type="checkbox"/> 日本医療ソーシャルワーカー協会、 <input type="checkbox"/> 日本社会福祉士会、 <input type="checkbox"/> 日本精神保健福祉士協会、 <input type="checkbox"/> 日本ソーシャルワーカー協会	<input type="checkbox"/> 未入会
---	------------------------------

◆学歴および専攻 注：最終学歴ではありません。該当項目全てにチェック下さい。

学歴	<input type="checkbox"/> 大学院	<input type="checkbox"/> 大学	<input type="checkbox"/> 短大	<input type="checkbox"/> 専門学校	<input type="checkbox"/> その他 ()
----	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------	----------------------------------

注：専門学校は、専攻の「その他」にコースをご記入ください。

専攻	<input type="checkbox"/> 社会福祉	<input type="checkbox"/> 心理	<input type="checkbox"/> 教育	<input type="checkbox"/> その他 ()
----	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

◆取得資格

<input type="checkbox"/> 社会福祉士取得済	<input type="checkbox"/> 社会福祉士受験資格のみ	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士取得済
<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士受験資格のみ	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員取得済	<input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格取得済
<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	<input type="checkbox"/> その他 ()

◆取得認定資格

<input type="checkbox"/> 認定社会福祉士	<input type="checkbox"/> 認定医療ソーシャルワーカー	<input type="checkbox"/> 医療連携福祉士
<input type="checkbox"/> 救急認定ソーシャルワーカー	<input type="checkbox"/> その他 ()	

◆実習指導者資格

<input type="checkbox"/> 社会福祉士	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士
--------------------------------	----------------------------------

◆ソーシャルワーカーとしての実務経験年数 注：産休・育休等の公的な休職期間は含まず。

約	年	ヶ月
---	---	----

◆勤務先 (自宅会員の方は空欄) 注：職種名とは、「医療ソーシャルワーカー」など。役職名とは、「主任・室長・課長・部長」など。

称名	フリガナ	開設者	別紙一覧から番号 ()
所属部署名		職種名	
役職名	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ()	<input type="checkbox"/> 専従	<input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼務 ()
住所	〒	TEL	Fax
	E-mail		

◆雇用形態

<input type="checkbox"/> 正規社員	<input type="checkbox"/> 非正規、パート、アルバイト、契約職員、嘱託等
<input type="checkbox"/> 派遣労働者	<input type="checkbox"/> その他 ()

◆勤務先種別 注：経営母体の種別ではなく、ご自身の職場にチェックをつけてください。兼務の場合は、主たる勤務先。

<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 診療所	<input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 包括支援センター・地域支援センター
<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 障害者相談支援センター	<input type="checkbox"/> 学校・教育機関	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	
<input type="checkbox"/> 社会福祉協議会	<input type="checkbox"/> 福祉保健所	その他 ()		

◆病院の場合、自院の機能 注：該当する箇所すべてにチェックをつけてください。

他院に示せる自院の機能・特徴であり、社会保険事務局への届け出と一致しなくてもよい。

<input type="checkbox"/> 高度急性期	<input type="checkbox"/> 急性期	<input type="checkbox"/> 回復期	<input type="checkbox"/> 地域包括ケア	<input type="checkbox"/> 慢性期療養型
<input type="checkbox"/> 在宅医療・訪問診療等	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> 精神科 ()	その他 ()	

◆自宅

住所	〒	TEL	Fax
	E-mail		

◆発送物の送り先 希望する宛先に必ず1つチェックをつけてください。

「自宅」か「勤務先」の指定がない場合、発送物は「勤務先」にお送りします。

発送物	<input type="checkbox"/>	勤務先	FAX	<input type="checkbox"/>	勤務先	電子メール	<input type="checkbox"/>	勤務先
	<input type="checkbox"/>	自宅		<input type="checkbox"/>	自宅		<input type="checkbox"/>	自宅

※お願いです！

～会員動向調査～

約5年ぶりとなります、会員動向調査を実施いたします。
近年、介護報酬や診療報酬、行政機関の領域など、様々な分野におけるソーシャルワーカーに国家資格が求められています。そこで、医療福祉分野における専門職職能団体である本協会において、正会員がこういった資格要件を満たし、どのような状況で勤務・活動しているのかを把握しておくことが必要だと考えます。皆様ご多用のことと存じますが、確認表に必要事項をご記入の上、ご提出をお願いします。

※本協会活動の全てにおきまして、個人情報保護に関する法律を遵守いたします。

高知県医療ソーシャルワーカー協会

会長 中本雅彦

- 締め切り：12月10日正午必着、FAX又は郵便にてご返送下さい。
- 協会FAX：088-871-5100 送信状不要、原本のみをそのまま送信下さい。
- 郵送：〒780-0870 高知市本町4丁目1-37 高知県社会福祉センター3階
高知県医療ソーシャルワーカー協会 会員動向調査 係

開設者一覧

	種類	番号
国	厚生労働省	1
	独立行政法人国立病院機構	2
	国立大学	3
	独立行政法人労働者健康福祉機構	4
	その他	5
公的医療機関	都道府県	6
	市町村	7
	日赤	8
	済生会	9
	厚生連	10
	国民健康保険団体連合会	11
社会保険関係団体	全国社会保険協会連合会	12
	厚生年金事業振興団	13
	船員保険会	14
	健康保険組合及びその連合会	15
	共済組合及びその連合会	16
	国民健康保険組合	17
社会医療法人		18
公益法人		19
医療法人		20
学校法人		21
社会福祉法人		22
医療生協		23
会社		24
その他の法人		25
個人		26