

別紙

医療ソーシャルワーカーリーダーシップ研修申込者は受講申込書 **標準様式2** に加えて
下記に医療ソーシャルワーカーとしての通算勤務年数、所属する医療機関に関する情報を
記入し提出してください。

申込者氏名_____

所属機関名_____

医療ソーシャルワーカーとしての 通算勤務年数	年 ヶ月		
所属する医療機関に関する情報			
経 営 主 体 (○で囲む)	国・都道府県・市町村・医療法人(社団・財団)・ 社会医療法人・社会福祉法人・公益法人・その他	病 床 数	床
病院の種類 (○で囲む)	特定機能病院・地域医療支援病院・一般病院・ 療養型・精神・その他	所在二次 医療圏名称	都道府県 圏