**一般社団法人　北海道医療ソーシャルワーカー協会**

**調査研究サポート事業申込書**

申請日（西暦）　　　　　　年　　　　月　　　　日

1.申込者、または申込代表者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属機関名 |  |
| 所属機関住所 | 〒 |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| Mail |  |

2.グループ申込の場合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 所属機関名 | 所属機関職名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

3.申込の動機

|  |  |
| --- | --- |
| 興味のあるテーマや取り組んでみたい調査研究など |  |

4.サポートメンバーが決まっている場合には記載（特にない場合は未記入）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 所属機関名 | 所属機関職名 |
|  |  |  |