**日本医療社会福祉学会　会員事項登録変更届**

申請日：　平成 年 月 日

変更する該当項目にチェックし、必要事項を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 勤務先 　自宅 　改姓  　郵便物送付先 　その他（欄に記入してください） | | | | | | |
| 会員番号 |  | | | | | |
| 氏名 | （ふりがな） | | 旧姓 | | （ふりがな） | |
|  | |  | |
| **※勤務先** | | | | | | |
| 新所属機関名  所属部署 |  | | | | | |
| 同所在地 | 〒　　　－ | | | | | |
| 電話： | | | FAX： | | |
| 施設種別 | 1.　医療機関（病院、診療所、介護老人保健施設）  　2.　教育・研究機関 　3.　保健所、保健センター  　4.　福祉施設・福祉機関 　5.　その他（　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 職種 | 1.　ソーシャルワーカー 　2.　教員・研究員  　3.　医療専門職（医師・PT等） 　4.　学生  　5.　その他（　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 取得資格 | 1.　社会福祉士 　2.　精神保健福祉士  　3.　他の医療関連資格（　　　　　　　）  　4.　その他（　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 旧所属機関名  所属部署 |  | | | | | |
| **※自宅** | | | | | | |
| 新住所 | 〒　　　－ | | | | | |
| 電話： | FAX： | | | |  |
| e-mail： | | | | | |
| 旧住所 | 〒　　　－ | | | | | |
| 郵便物転送先 | 勤務先 　自宅  （いずれかをチェックしてください） | | | | | |
| その他 |  | | | | | |

・この会員事項登録変更届は、日本医療社会福祉学会事務局までFAXまたは郵送してください。

|  |
| --- |
| 〒555-0001　大阪市西区土佐堀1丁目４－８　日栄ビル　703A  　　　　　　あゆみコーポレーション内　日本医療社会福祉学会事務局  Tel：06-6441-5260 FAX：06-6441-2055 |