**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 |