**一般社団法人日本保健医療社会福祉学会　会員事項登録変更届**

（別紙２）

申請日：　　　 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 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 | 〒　　　－ | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話： | | FAX： | | | | e-mail |
| 施設種別 | 1. 教育・研究機関 2. 医療提供施設（病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院）3. 保健所、保健センター　4.その他の施設・支援機関（特別養護老人ホーム、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、基幹相談支援センター等）　5.その他（　　　　　　） | | | | | | |
| 職種 | 1. 教員・研究員　 　2. ソーシャルワーカー 　3. 医療専門職（医師・看護職等）  4. 介護支援専門員 5.　学生（在学中）　　　 6.その他（　　 　　　） | | | | | | |
| 取得資格 | 1.　社会福祉士 　2.　精神保健福祉士　　　3. 介護支援専門員  　4.　他の医療関連資格（　　　　　　　）  　5.　その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 旧所属機関名  所属部署 |  | | | | | | |
| **※自宅** | | | | | | | |
| 新住所 | 〒　　　－ | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話： | FAX： | | | |  | |
| e-mail： | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | |

＊ここに記載された情報については、

下記の本学会個人情報保護規程に定める範囲内で利用することに　 □ 同意します。

（個人情報の利用目的）第３条　本学会が取得した個人情報は、以下の利用目的の達成に必要な範囲内で利用する。

（１）会員データベースの作成　（２）学術研究集会、講演会等の開催　（３）学会誌「保健医療社会福祉研究」その他の刊行物の発行・発送　（４）調査・研究の事業の実施　（５）関連学術団体との連絡および協力　（６）国際的な研究協力の推進　（７）各種事業への参加に関する諸手続き　（８）会員相互の連絡および事業効果の分析　（９）アンケート調査等の依頼　（１０）その他本学会の目的を達成するために必要な事業

この会員事項登録変更届は、一般社団法人日本保健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　一般社団法人日本保健医療社会福祉学会事務局  Tel：06-6441-5260 FAX：06-6441-2055 |

20241113改訂