

(別紙2)

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

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。

<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 改姓 <input type="checkbox"/> 郵便物送付先 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 教育・研究機関 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 3. 保健所、保健センター <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 5. その他 ()		
職種	<input type="checkbox"/> 1. 教員・研究員 <input type="checkbox"/> 2. ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> 3. 医療専門職 (医師・看護職等) <input type="checkbox"/> 4. 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 5. 学生 (在学中) <input type="checkbox"/> 6. その他 ()		
取得資格	<input type="checkbox"/> 1. 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 2. 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 3. 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 4. 他の医療関連資格 () <input type="checkbox"/> 5. 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	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 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を本学会の目的を達成するために必要な範囲内で利用することに

同意します。 同意しません。(条件等をご記入ください)

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
--