

(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 ()			
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	<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	〒 —		
連絡先	電話：	FAX：	
	e-mail：		
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