

コピーして使用ください 社団法人 日本医療社会事業協会

# 会員登録変更届

網掛け部分（自宅会員は、郵便番号、住所を含む）は、個人情報保護規程に基づき公開します。

届出日 年 月 日

**全ての項目を再度ご記入ください。**

会員番号						姓名の変更は、旧姓を氏名の下にカッコ書きください。		
氏名	フリガナ	性別	1	2	生 年 月 日	年	月	日
			男	女				

## 都道府県協会入会状況

1. 入会	2. 未入会
-------	--------

**学歴及び専攻** 注；最終学歴ではありません。該当する番号すべてに をつけてください。

学歴	1	2	3	4	5
	大学院	大学	短大	専門学校	その他（ ）

注；専門学校は、専攻の「4 その他」にコースをご記入ください。

専攻	1	2	3	4
	社会福祉	心理	教育	その他（ ）

**取得資格** 注；該当する番号すべてに をつけてください。

1	2	3	4
社会福祉士	社会福祉士受験資格	精神保健福祉士	精神保健福祉士受験資格
5	6	7	
介護支援専門員	社会福祉主事任用資格	その他（ ）	

## 勤務先

名称	フリガナ	経営主体別		1.専任 2.併任
		所属部署名		
		職 種		
住所	〒 - - - -	Fax	- - - -	
		E-mail		

**勤務先種別** 注；経営母体の種別ではなく、ご自身の職場の番号に をつけてください。

また、併任の場合は、主たる勤務先一つについて をつけてください。

種別	1	2	3	4	5	6
	病院・診療所	保健所	老人保健施設	在宅介護支援センター	社会復帰施設	その他（ ）

## 自宅

住所	〒 - - - -	Fax	- - - -
		E-mail	

**各通信の宛先** 注；電子メールについては、通信手段として検討しております。

「自宅」か「勤務先」の指定がない場合には、すべて「勤務先」とします。

郵 送	1. 勤務先	F A X	1. 勤務先	電子メール	1. 勤務先
	2. 自 宅		2. 自 宅		2. 自 宅

自宅会員の場合、会員名簿には電話・FAX番号は希望者のみに記載します。ご希望の場合、希望するを で囲んでください。 記載を希望する