

岡山県医療ソーシャルワーカー協会

会員登録変更届

フリガナ 会員氏名	
変更事項 (変更箇所は✓)	<input type="checkbox"/> 所属機関の変更 変更前所属機関 () 変更後所属機関 () 連絡先電話番号 ()
	<input type="checkbox"/> 会員資格の変更 <input type="checkbox"/> A 会員→B 会員 (B 会員名簿への掲載 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> B 会員→A 会員
	<input type="checkbox"/> 氏名の変更 変更前の氏名 () 変更後の氏名 ()
変更日	

届出日 年 月 日

届出人氏名	
続柄または所属機関	

※やむを得ず本人届けが出来ない場合には代理の方がご記入ください

通信欄

こちらの用紙を事務局宛に郵送または Fax にてお知らせください