送 信 先　F A X ： 0 5 0 - 3 5 1 2 - 3 3 1 2

愛媛県医療ソーシャルワーカー協会　事務局　行

届出内容変更依頼書

（登録会員名・変更前勤務先と変更箇所のみご記入ください）

送信日：　　年　　月　　日

会員名	
変更前勤務先	

以下、変更箇所にチェックと記入をお願いします

□	ふりがな 氏　　名			
□	勤務先		部署名	
			役職名	
□	勤務先住所	〒 TEL:(直通・代表)　　FAX:(直通・代表)		
□	自宅住所	〒 TEL:(直通・代表)　　FAX:(直通・代表)		
□	会報送付先	原則会報はメール配信しますが、やむをえない事情により郵便での送付を希望される方は以下に送付希望先をチェックしてください。 送付先：　勤務先　・　自宅		
□	メール アドレス	Mail:（個人メールアドレスを推奨します） ※アドレス変更の場合は再登録しますので事務局までメールしてください 事務局アドレス：ehimemsw@gmail.com		

□	現在取得済みの資格 (○を記入してください)	社会福祉士		精神保健福祉士			
		認定医療社会福祉士		認定社会福祉士		介護支援専門員	
□	現在入会している職能団体 (○を記入してください)	日本医療ソーシャルワーカー協会		日本社会福祉士会		日本精神保健福祉士協会	

※届出を受理後、会報に掲載します。

事務局使用　□名簿登録変更（　　/　　）