

※本状を直接送信してください。

FAX:092-882-1605

早良病院 地域連携室・医療相談室 代表:中川 美幸 宛て

日本医療ソーシャルワーク学会 変更届け

日本医療ソーシャルワーク学会会長

以下の項目に変更がありましたので報告致します。

平成 年 月 日

氏名	旧	フリガナ		新	フリガナ			
所属機関 名称	旧	フリガナ		新	フリガナ			
所属部署 (新)				職名(新)				
所属機関 住所 (新)	〒 (TEL) <input type="checkbox"/> 代表 <input type="checkbox"/> 直通 (FAX) <input type="checkbox"/> 代表 <input type="checkbox"/> 直通							
郵便物 送付先	<input type="checkbox"/> 所属機関 <input type="checkbox"/> 自宅							
自宅住所 (新)	〒 *送付先が自宅の場合、必ず自宅住所をご記入ください。 (TEL) (FAX)							
E-mail(新)	<input type="checkbox"/> 所属機関 <input type="checkbox"/> 個人							
※氏名と所属機関以外は変更となった項目のみご記載下さい。								
						⑩		
事務局 記入欄	受付	年	月	日	処理		年	月