

異動・退会・姓変更・届

この度、私は下記のとおり(移動・退会・姓変更)いたします。

令和 年 月 日
 施設名
 氏名

長崎県医療ソーシャルワーカー協会会長 様

異動・姓変更・届		
変更事項	新	旧
フリガナ		
氏名		
勤務先名(施設名)		
勤務先住所	〒 -	〒 -
連絡先	TEL: FAX:	TEL: FAX:
メールアドレス (メーリングリスト登録の変更を致します)		
自宅住所	〒 -	〒 -
職名		

退会届	
会員区分	正会員 ・ 賛助会員 (どちらかに○をつけてください。)
フリガナ	
氏名	
メールアドレス	(メーリングリスト登録の解除を致します)
勤務先名(施設名)	(個人会員の方はこの欄にその旨をご記入ください)
会費納入状況	平成 年度まで納入済
退会理由	退職 ・ その他()

送付先:長崎県医療ソーシャルワーカー協会事務局 姉川病院 地域医療福祉連携課 矢野
 〒854-0031 諫早市小野島町2378-2 TEL:(0957)24-3180 FAX:(0957)24-3991
 E-mail : msw3@anegawa-hp.or.jp

承認印	
協会長	事務局