

変更届

この度、私は下記のとおり(勤務先・姓・連絡先)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

変更届(勤務先・姓・連絡先)		
変更事項	旧	新
フリガナ		
氏名		
勤務先名 (施設名)		
勤務先住所	〒 ー	〒 ー
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	〒 ー	〒 ー
職名		

会の活動に際して知り得た個人情報に関しましては、適切に取り扱います。

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