

登 録 事 項 変 更 届 出 書

< 入会・退会・変更・その他 () >

※該当項目に○を付けて下さい。

(フリガナ) 氏名	() ㊟	生年月日	昭和・平成 年 月 日
勤務先 (学校名)		職種名	(専任 ・ 兼任)
勤務先 所在地	〒	勤務先 連絡先	T E L F A X M A I L
その他 郵送先	〒 <input type="checkbox"/> 勤務先ではなく上記住所への発送希望	その他 連絡先	T E L F A X M A I L
会員区分	正会員・賛助会員・学生会員	最終学歴	

当てはまる項目に○を付けて下さい。

1. 佐賀県医療ソーシャルワーカー協会の趣旨に賛同し、年会費を添えて入会を申し込みます。
2. 佐賀県医療ソーシャルワーカー協会を退会します。
3. 勤務先が変更となりますが、協会は継続します。
4. その他
()

(会費振込先)
佐賀銀行 唐津支店 1578062
佐賀県医療ソーシャルワーカー協会 (サガケンイリョウソーシャルワーカーキョウカイ)

※年会費・・・正会員：5,000 円、法人会員：2,000 円、賛助会員：5,000 円、学生会員：1,000 円

(事務局使用欄) 平成 年 月 日 受理