|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ＜提出先＞　協会事務局　担当　下田宛 FAX）０１２０－８７２－８８２(NHO佐賀病院) | | | 記載日　令和　　　年　　　月　　　日  事実発生日　令和　　　年　　　月　　　日 | |
| **登　録　事　項　変　更　届　出　書**  ＜ **入会・退会・変更・休会（解除）・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 | TEL  FAX  MAIL |
| その他  郵送先 | 〒  □勤務先ではなく上記住所への発送希望 | | その他  連絡先 | TEL  FAX  MAIL |
| 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. 在籍期間の会費を完納し、佐賀県医療ソーシャルワーカー協会を退会します。   ※よろしければ、理由を記載下さい。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   1. 勤務先が変更となりますが、協会は継続します。 2. 佐賀県医療ソーシャルワーカー協会を休会します。 3. 佐賀県医療ソーシャルワーカー協会の休会を解除します。 4. その他＜氏名変更など＞（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| （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  ※なお、会費については４月１日を基準として、年度ごとの計算となります。 | | | | |
|  | | （事務局使用欄）令和　　　年　　　月　　　日 受理 | | |

佐賀県医療ソーシャルワーカー協会