|  |  |
| --- | --- |
| ＜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 | TELFAXMAIL |
| 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 | TELFAXMAIL |
| 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