

FAX : 089-989-6619 (代表)

(おおぞら病院 地域連携室) ※FAX送信表は不要です。

届出内容変更依頼書

(登録会員名・勤務先と変更箇所のみご記入ください)

送信日： 年 月 日

登録会員名	
登録勤務先	

以下、変更箇所にチェックと記入をお願いします

<input type="checkbox"/>	ふりがな 会員名				
<input type="checkbox"/>	勤務先		部署名		
			役職名		
<input type="checkbox"/>	勤務先住所	〒 TEL:(直通・代表) FAX:(直通・代表)			
<input type="checkbox"/>	自宅住所	〒 TEL:(直通・代表) FAX:(直通・代表)			
<input type="checkbox"/>	会報送付先	原則会報はメール配信しますが、やむをえない事情により郵便での送付を希望される方は以下に送付希望先をチェックしてください。 送付先： 勤務先 ・ 自宅			
<input type="checkbox"/>	メール アドレス	Mail:(勤務先・個人) ※アドレス変更の場合は再登録しますので事務局までメールしてください 事務局アドレス: info@dojinkai.jp			
<input type="checkbox"/>	現在取得済みの資格 (○を記入してください)	社会福祉士		精神保健福祉士	
		認定医療社会福祉士		認定社会福祉士	介護支援専門員
<input type="checkbox"/>	現在入会している職能団体 (○を記入してください)	日本医療社会福祉協会		日本社会福祉士協会	日本精神保健福祉士協会

※届出を受理した翌月会報に掲載します。