

# 変更届 (兼訂正願)

平成 年 月 日

特定非営利活動法人大阪医療ソーシャルワーカー協会 代表理事殿

下記の通り、変更(訂正)の届出をいたします。

ID \_\_\_\_\_ 会員区分 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

## 氏名・会員区分について (平成 年 月 日より変更)

	変更(訂正)前	変更(訂正)後
ふりがな 氏名		ふりがな 氏名
会員区分 ○印で指定	准専門 専門 一般 賛助	准専門 専門 一般 賛助

## 所属機関について (平成 年 月 日より変更)

	変更(訂正)前	変更(訂正)後
ふりがな 所属機関		
	(退職 年 月 日)	
部署名		
所在地	〒	〒
TEL		
FAX		

## 現住所について (平成 年 月 日より変更)

	旧住所	新住所
所在地	〒	〒 (アパート・マンション名もご記入ください)
TEL		
FAX		

### 年会費引落口座について

口座変更を希望       会費納入を口座引落しに変更

\* 必要な方は該当欄にレ (当協会より口座振替依頼書用紙を送付いたします)

### 今後の郵送先

所属先     現住所

(変更時はレで指定)

## メールアドレスについて (平成 年 月 日より変更)

\* 下記アドレスより  連絡先変更 / \*メーリングリストに  新規加入 /  登録アドレス変更

読み方 (カナ)	
アドレス	

### -----事務局使用欄-----

会員登録票	P C				ML	口座	変更届 受理通知
	異動	管理	mail	郵送先			

届先：〒542-0012 大阪市中央区谷町 7-6-15 大阪社会福祉会館 1F

特定非営利活動法人大阪医療ソーシャルワーカー協会    TEL&FAX 06-6767-7008