

変更届

一般社団法人 京都医療ソーシャルワーカー協会 会長 様

届出日

年 月 日

氏名	ふりがな	所属機関名	

変更する項目の口に✓しご記入下さい。

氏名

氏名	ふりがな	(旧姓)

自宅

住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			

勤務先

名称	ふりがな		
部署名		職種名	
住所	〒		
TEL	(代表・直通)	FAX	(代表・直通)
E-mail			

下記内容について

名簿記載	勤務先 ・ 自宅(非公開)	メール配信	勤務先 ・ 自宅	資料送付	勤務先 ・ 自宅
	(メールアドレスは記載されません)				

※下記は記入しないで下さい。

受理	名簿登録	メール登録
/	/	/

◇送付先

〒603-8151 京都市北区小山下総町27

京都鞍馬口医療センター 医療福祉相談室・がん相談支援室

TEL:075-441-6101(代表) FAX:075-441-6114(直通)