

静岡県医療ソーシャルワーカー協会

会長 中村 敬様

## 異動及び退会届け

※該当項目の番号を○で囲んだうえ、記入して下さい。

1. 私は、入会時届け出た施設から異動しますので、届け出を行います。
2. 私は、静岡県医療ソーシャルワーカー協会 規約第8条及び、細則第5条に基づき、当協会を（令和 年 月 日付け）で退会致します。
3. 私は、静岡県医療ソーシャルワーカー協会 規約第6条1項の（2）に基づき賛助会員への加入を希望（します・しません）。（※2. に該当する者のみ）

令和 年 月 日

所 属 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

### 異動後・退会後の連絡先

※必ず記入して下さい。

異動先所属（ \_\_\_\_\_ ）

〒 \_\_\_\_\_

住 所 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) FAX : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

※個人情報の取り扱いについて：本協会のみで使用し、第三者に提供することはありません。