

(公社)日本社会福祉士会行き  
FAX:03-3355-6543  
メール:info@jacsw.or.jp

都道府県社会福祉士会  
入退会・変更届

(北海道、秋田、福島、栃木、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、長野、岐阜、愛知、三重、大阪、兵庫、岡山、山口、香川、愛媛、福岡、佐賀、大分、宮崎、沖縄の会員の場合、ご所属の社会福祉士会に直接ご連絡ください。)

年 月 日

|      |  |     |  |
|------|--|-----|--|
| 会員番号 |  | 氏 名 |  |
|------|--|-----|--|

1. 所属社会福祉士会の変更 退会→入会 (所属の変更のみ)

※規約により所属社会福祉士会は住所または勤務先所在の都道府県となります。

|    |      |            |      |              |
|----|------|------------|------|--------------|
| 私は | 旧 所属 | 社会福祉士会を退会し | 新 所属 | 社会福祉士会に入会します |
|    |      |            |      |              |

2. 氏名の変更

|      |  |      |  |
|------|--|------|--|
| ふりがな |  | ふりがな |  |
| 旧氏名  |  | 新氏名  |  |

3. 住所等の変更 ( 年 月 日変更)

|      |                         |        |  |
|------|-------------------------|--------|--|
| 旧住所  | 〒                       |        |  |
| ふりがな |                         |        |  |
| 新住所  | 〒 (アパート・マンション名もご記入ください) |        |  |
| 電話番号 |                         | FAX番号  |  |
|      |                         | E-mail |  |

4. 勤務先等の変更 (勤務先種別・職種は裏面のコード表参照)

|       |   |        |  |
|-------|---|--------|--|
| 勤務先名称 |   |        |  |
| 勤務先種別 |   | 職 種    |  |
| 所在地   | 〒 |        |  |
| 電話番号  |   | FAX番号  |  |
|       |   | E-mail |  |

5. 年会費引落とし口座の変更

|  |        |  |       |
|--|--------|--|-------|
|  | 変更しません |  | 変更します |
|--|--------|--|-------|

※変更される方には所定の用紙をお送りします。