**名簿登録内容変更申請書**

**別紙　３**

（福岡県社会福祉士会のぱあとなあ運営規程・名簿登録規程）並びに日本社会福祉士会の権利擁護センターぱあとなあに関する規則及び同別紙都道府県社会福祉会が行うぱあとなあ事業に関する運営基準に従うことに同意し、下記の申請をします。

届出日：西暦２０１７年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号※１ | | |  | 受講者番号※１ | | | | |  | |
| 所属都道府県士会※１ | | |  | 旧所属都道府県士会 | | | | |  | |
| ふ　り　が　な  氏　　　　　名※１ | | |  | 旧姓 | | | | |  | |
| □会員名簿の氏名変更をしない（旧姓を使用） | | | | | | |
| 生年月日 | | | 西暦　　　年　　月　　日生まれ | | | | | 性別 | | 男　・　女 |
| 自宅 | | 郵便番号 |  | | | | | | | |
| 住　　所 |  | | | | | | | |
| TEL番号 |  | FAX番号 | | |  | | | |
| Ｅ-mail |  | | | | | | | |
| 変更予定※２ | 月　　日以降に変更 | | | | | | | |
| 勤務先  ※無職の場合施設種類は98となります | | 郵便番号 |  | | | | | | | |
| 住　　　所 |  | | | | | | | |
| 勤務先名称 |  | | | | | | | |
| 施設種類 |  | | | 職種 |  | | | |
| TEL番号 |  | | FAX番号 | |  | | | |
| Ｅ-mail |  | | | | | | | |
| 変更予定※２ | 月　　日以降に変更 | | | | | | | |
| 資料発送先 | | | □自宅　　□勤務先 | | | | | | | |
| 名簿登録料引落口座 | | | □年会費引落口座から引き落とす（口座の変更：□無し　　□有り）  □年会費引落口座から引き落とさない | | | | | | | |
| 活動 | 専門分野 | | □特に問わない、□認知症高齢者、□知的障害者、□精神障害者 | | | | | | | |
| 活動地域 | | □福岡地区　　□北九州地区　　□筑豊地区　　□筑後地区　　　□広域  □所属都道府県士会外（都道府県名　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 備考 | | |  | | | | | | | |

名簿登録内容変更申請について

○　前回名簿登録申請以降に記載事項に変更がある場合、申請の種別の名簿登録内容を変更するにチェックし、※１（必須記載事項）と変更箇所のみ記載ください。

○　※２は、名簿登録申請後３ヶ月以内に変更予定（例：４月から転居予定等）があれば記載ください。書類送付先等の変更は予定以降とさせていただきます。