

会員異動届

栃木県作業療法士会事務局宛

変更内容(必要カ所に○をつけて下さい)

県内異動 勤務先・自宅住所・姓名・その他()

県外異動 士会から 士会へ異動

退会 理由()

会員番号 :	異動日	平成	年	月	日
ふりがな					
氏名	(改姓の場合の旧姓)				
新自宅住所	〒□□□ □□□□				
	電話:				
新勤務先住所	〒□□□ □□□□				
電話:	FAX:				

旧自宅住所:

旧勤務先名:

下記までFAXまたは郵送して下さい。

〒329-2921 栃木県那須塩原市塩原1333

栃木県医師会塩原温泉病院 根本路子宛

FAX:0287-32-4226