

提出日： 年 月 日

一般社団法人 栃木県作業療法士会 入会届

区分	☐ 新規入会 ☐ 再入会
氏名	
ふりがな	
勤務先名	
生年月日	年 月 日
性別	☐ 男 ☐ 女
日本作業療法士協会会員番号	
免許取得後年数	
勤務先住所	〒 _____ _____ 電話番号： FAX：
自宅住所	〒 _____ _____ 電話番号： FAX：
連絡用メールアドレス	

記入に関する問合せは下記 E-mail 宛にお願いします。

（問合せ・郵送先）
〒329-0611 栃木県河内郡上三川町上三川 2360 番地
新上三川病院
一般社団法人栃木県作業療法士会 事務局
E-mail： kw584242@kc4.so-net.ne.jp