

FAX 送信票

送信日 年 月 日

宛先 一般社団法人 福島県作業療法士会事務局 太田西ノ内病院 作業療法科 岡本佳江 宛 FAX : 0 2 4 - 9 2 5 - 7 7 9 1
送信元 FAX :

変更届

年 月 日付

該当するものに○をつけてください。その他については☑をお願いします。

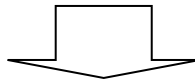
異動・改姓・その他 (() ())

※改姓される方へ：会費納入のための自動振替用紙が財務部より送付されますのでお手続きをお願いします。

※自宅会員へ異動される方は自宅住所の記載をお願いします。

氏名：

現勤務先：



<変更後>

氏名：

勤務先：

勤務先住所： 〒

TEL : FAX:

E-Mail :

※回覧メール受信のためのアドレスを記載してください。1施設につき1アドレスの登録といたします。

自宅会員の方は個人アドレスの記載をお願いします。

自宅 住所： 〒

TEL : FAX: