

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 (勤務先名称 勤務先住所 連絡先 ())

※改姓される方は会費納入のための自動振替用紙も再度ご提出いただきます。

氏名 :

現勤務先 :



<変更後>

氏名 :

勤務先 :

勤務先住所 : 〒

TEL : FAX:

E-Mail :

※メール環境が整っている方は必ずご記載ください

自宅 住所 : 〒

TEL : FAX: