

FAX 送付票

_____年 _____月 _____日

送付先 : 一般社団法人 高知県作業療法士会 事務局 御中
住所 : 〒780-0822 高知県高知市はりまや町1丁目5-29
マンハッタンビル6階
FAX : 088-821-7686

改姓届・異動・退会届

_____年 _____月 _____日届出

氏名 : _____ OT協会番号 : _____

変更日 : _____年 _____月 _____日

*該当する欄に記入

改姓

新姓 : _____ (旧姓) _____

勤務先名称 : _____

勤務先変更

旧勤務先 : _____

新勤務先名 (法人名から正式名称)

新勤務先住所

〒 _____

TEL : _____ FAX : _____

(*自宅の方は新勤務先に自宅と記入し、自宅住所電話番号を記入)

退会

退会理由 : _____

退会前勤務先名称 : _____