

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5-26 マンハッタンビル6階

F A X : 088-821-7686

改正届・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
