

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 : 〒780-0870 高知県高知市本町5丁目6番48号
FAX : 088-875-0720

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
