

異動・変更確認 年 月 日

会 長 印		事務局長 印		財務部長 印	
----------	--	-----------	--	-----------	--

異動・変更日 年 月 日

異動・変更届

一般社団法人 滋賀県作業療法士会
会 長 様

以下のとおり異動・変更となりましたので届出いたします。

日本作業療法士協会会員番号 _____ 氏 名 _____

変更事項（変更のあった項目のみ記載）

フリガナ

・改 姓 _____

・勤務先

名 称 _____

所在地 〒 _____

TEL _____

・自 宅

住 所 〒 _____

TEL _____

・郵送先（士会からのお知らせ、納入用紙など）

_____ 自宅 ・ 勤務先 _____ へ郵送先の変更願います。 希望する方に○で囲む

・メールアドレス（数字とアルファベットが正確にわかるように記載してください。）