異動・変更確認　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会　　長印 |  | 事務局長印 |  | 財務部長印 |  |

フリガナ

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員番号　　　　　　　　　氏　名

変更事項（変更のあった項目のみ記載）

**・改　姓**

**・勤務先**

名　称

所在地　　〒

T E L

**・自　宅**

住　所　　〒

T E L

**・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。）

　　　　　　　　　　　　　　　@