広島県理学療法士連盟　会長　殿

私は，以下のとおり異動しましたので，届け出いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更事項 | 改姓・自宅住所・勤務先変更・その他  （○で囲む） | | | 県内異動・県外異動  （○で囲む） | | |
| フリガナ |  | | 男・女 | 旧姓 | | 連盟入会年度 |
| 氏名 |  | |  | |  |
| 勤務先 | フリガナ |  | | | | |
| 勤務先  所属 |  | | | | |
| 所在地 | 〒　　　　- | | | | |
| 電話 | * - | | FAX | * - | |
| E-Mail |  | | | | |
| 日本理学療法士協会　会員番号 | | | |  | | |
| 自宅 | 住所 | 〒　　　　- | | | | |
| 電話 | * - | | FAX | * - | |
| E-Mail | （ＰＣ） | | | | |
| （携帯） | | | | |

捺印は必要ありません。

本連盟の情報発信・連絡はメールを基本としています。アドレスの記入をお願いします。

郵送物は原則として自宅に送付します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会長  ≪事務局確認欄≫  平成　　年　　月　　日 | 会計責任者 | 会計責任者代行 |
|  |  |  |