

兵庫県作業療法士会 登録事項変更届および退会届

兵庫県作業療法士会 会長殿

登録内容に変更がありますので、下記の通り届出を提出いたします。

※太枠内は必ずご記入下さい

記入日		名簿掲載の可否	掲載可 ・ 掲載不可 (○がない場合は掲載可となります)
氏名		協会会員番号	
専門領域	(ひとつだけ○をつけてください) 身体障害 ・ 精神障害 ・ 発達障害 ・ 老年期障害		
関連資格	(複数選択可) 看護師、保健師、理学療法士、義肢装具士、言語聴覚士、その他医療系国家資格、 社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、その他の福祉系国家資格、養護教諭、 介護支援専門員、准看護師、訪問介護員		
連絡先TEL (日中連絡がつく番号)			
所属先	(名称) 自宅の場合は、自宅と記入	(住所)	

※変更箇所の□にチェック(レ点)を入れて下さい

➤ 勤務先変更 (退職し自宅会員になる場合には新勤務先に“自宅”と記入)

旧勤務先	名称:		
新勤務先 情報	名称:	部署名:	
	住所	〒	
	TEL	FAX	
	勤務先 種別1	(ひとつだけ○をつけてください) 病院、診療所、教育研究施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、 身障法関係施設、行政機関など、その他()	
	勤務先 種別2	(ひとつだけ○をつけてください) 身体障害系、精神障害系、発達障害系、老年期障害系、行政サービス系 教育系、デイサービス・訪問系、その他()	

➤ 自宅住所変更

〒 (フリガナ)	
新住所:	
TEL:	FAX:

➤ 県士会からの郵便物送付先変更

➤ 改姓

① 勤務先を希望	② 自宅を希望
(○印をつけて下さい。印が無い場合、勤務先となります)	

フリガナ	フリガナ
新姓:	旧姓:

➤ 退会届 (退会年度までの会費をお支払いください。異動先士会での会費が免除される場合があります。)

※退会希望年月日および署名をお願いします

平成 年 月 日をもって退会を希望いたします

署名 _____ 印

_____ 士会へ異動

事務局使用欄	
受付日	処理者