

リハビリテーション大神子病院 作業療法士 細川友和 行

fax:088-662-2275

会員異動・変更届

届出年月日 平成 年 月 日

会員番号 _____

氏名 _____

氏名の変更

(旧) _____ (新) _____

郵便物送付先の変更

所属施設名 _____

郵送先郵便番号 _____

郵送先住所 _____

所属施設電話番号 _____

所属施設 fax 番号 _____

郵便物は原則として所属施設に送付させていただきます。施設に所属している会員

は ~ を記載してください。自宅会員は 、 を記載してください。