

# 異動・変更届け

一般社団法人群馬県作業療法士会会長 殿

下記の通り異動・変更届けを提出いたします。

年 月 日

ふりがな		OT協会会員番号
氏名		

※ 該当する□にチェックし、ご記入をお願いします。

<input type="checkbox"/>	ふりがな	ふりがな
氏名 変更	旧 氏名	新 氏名

<input type="checkbox"/>	勤務先 変更	前 勤務先名			
		新 勤務先名			
		新 勤務先 住所	〒 群馬県		
		電話番号		FAX	

<input type="checkbox"/>	自宅住所変更	新 住所	〒		
		電話番号		FAX	

※ 必要事項を記入の上、県士会事務局まで、FAXもしくは郵送にて送付して下さい。

連絡先

一般社団法人 群馬県作業療法士会

〒371-0025

群馬県前橋市紅雲町1-7-12

住宅公社ビル 4F

**Tel & Fax** 027-224-4649

(月.火.木.金 9:30 ~ 14:30)