

復会申込書

一般社団法人和歌山県作業療法士会
会長 川 雅弘 殿

会長印	事務局長印	財務担当印

私は、(一社)和歌山県作業療法士会に復会したく、年会費8,500円を添えて申し込み致します。

(平成 年 月 日 納入済み)
復会申込日 年 月 日

ふりがな

氏名： _____ 印

生年月日(西暦)： _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳) 男 ・ 女

勤務先施設名 <small>(法人名等も記入して下さい)</small>			
所属部署名			
勤務先所在地	〒 _____ TEL : _____ FAX : _____		
勤務先領域	身障・精神・小児・老年期・地域・教育・その他 (_____)		
施設長 <small>(役職は理事長・院長・施設長など)</small>	役職	氏名	
自宅住所	〒 _____ TEL : _____ FAX : _____		
勤務形態	常勤・非常勤・自宅	免許取得年	西暦 _____ 年
協会番号	号 _____		
休会期間	_____ 年 _____ 月 _____ ~ _____ 年 _____ 月		

事務局確認： _____ 年 _____ 月 _____ 日 印

※変更が生じた場合は速やかに士会事務局へ連絡して下さい。

銀行振替払込受付証明書
書
(コピー可)
添付欄

【連絡先】

(一社)和歌山県作業療法士会 事務局

〒641-0014 和歌山市毛見1451番地
琴の浦リハビリテーションセンター内

電話：073-460-9575 FAX：073-448-3339

E-mail：jimu@wakayama-ot.jp

