

## 異動・退会・変更届

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、下記のとおり届け出を提出致します。

年        月        日

ふりがな

氏名： \_\_\_\_\_ 印

協会番号： \_\_\_\_\_ （日本OT協会の会員番号を記入下さい。免許番号ではありません。）

協会会費： 今年度納入済・今年度未納入

士会会費： 今年度納入済（和歌山県士会・他府県士会）    自動引き落とし手続き（済・未）

変更項目 (該当項目に✓をつけて下さい)	変 更 内 容	
<b>異動(県内異動)</b> <small>※県外からの異動は別紙入会申込書記入して下さい</small>  <input type="checkbox"/> 県内異動	異動前所属施設名 ( _____ ) ・ 自宅会員	
	フリガナ 新勤務先名称： _____  <small>※自宅会員は『自宅会員』と明記し、自宅住所を記入</small>	
	新勤務先所在地： 〒 _____	
	分野： _____ 所属部署： _____	
	電話： _____	
	FAX： _____ E-mail： _____	
<b>退会</b>  <input type="checkbox"/> 県外へ転出 <input type="checkbox"/> 退会	退会前所属施設名 ( _____ ) ・ 自宅会員 <small>士会への異動</small>	
	退会理由： _____	
<b>変更</b>  <input type="checkbox"/> 施設情報変更	フリガナ 勤務先名： _____ 住所： 〒 _____	
	電話： _____ FAX： _____ E-mail： _____	
	<input type="checkbox"/> 自宅住所等変更	住所： 〒 _____ 電話： _____ FAX： _____ E-mail： _____
		<input type="checkbox"/> 氏名変更
<input type="checkbox"/> 発送先変更		
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設	

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。

【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：073-444-3141 FAX：073-448-3339

E-mail：kaiinkanri@wakayama-ot.jp

