

### 復会申込書

一般社団法人和歌山県作業療法士会  
会 長 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。

( 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 (法人名等も記入して下さい)			
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 (役職は理事長・院長・施設長など)	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  
(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