

別記第4号様式（第8・9条関係）

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 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 <small>（該当項目に✓をつけて下さい）</small>	変 更 内 容
異動（県内異動） <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
	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： _____
退会 <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： _____
変更 <input type="checkbox"/> 施設情報変更	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	旧姓： _____
	改姓： _____
<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：073-460-9575 FAX：073-448-3339

E-mail：jimu@wakayama-ot.jp