

異動・職場変更届

平成 年 月 日

一般社団法人岩手県作業療法士会

会長 藤原 瀬津雄 様

フリガナ

氏 名 _____ (男・女)協会会員番号 _____

県士会番号 _____

このたび、下記の通り、職場が変更になりましたので、ご報告いたします。

変更前

変更後



分野(○で囲む):身体障害・精神障害・老年期障害・発達障害・教育・自宅
その他()

異動等変更の年月日 平成 年 月 日

施設住所(自宅の場合は自宅の住所)

〒 _____

Tel _____ Fax _____

OT 部門名称(作業療法科・リハビリテーション科・その他: _____)※

※()内に○をつけてください

※自宅に変更になる場合は、県士会から受け取る連絡手段(FAX 番号または PC メール)を必ず記入してください。(郵送による連絡事項以外がむしろ多いので、研修会の案内などが届かないこととなります。)

FAX: _____ PC メール: _____ @ _____