

# (入会 退会 移動 改姓 訂正)届け

※上記あてはまる項目に○をつけて下さい。

平成 年 月 日申請

氏名	ふりがな
施設名	
分野	身体 精神 老人 発達 教育 研究 その他( )
施設住所	〒
施設TEL 施設FAX	
免許取得年	( S ・ H ) 年
協会会員番号	
旧施設名	移動・退会者のみ：
名前を会員名簿へ記載することについて	県士会では毎年県士会名簿を印刷し会員へ配布しています。その名簿へ、ご自分の名前を記載することを了承しますか。どちらか一方を選んで○をつけて下さい。 名簿への名前記載を 1. 希望する。 2. 希望しない。

◇所属施設が無い場合は自宅の住所、電話番号をお書き下さい。

送信先：鹿児島県作業療法士会事務局  
鹿児島医療技術専門学校  
リハビリテーション作業療法学科  
FAX 番号 099-262-5252

※移動等の場合や訂正箇所等ありましたら  
必ず連絡下さい。