

変更届

異動前・後の施設名、郵便番号、住所、電話番号を明記し下記までFAXまたは郵送でご返送下さい。
自宅住所の変更、郵便物の送付先もお忘れなくご記入をお願いいたします。

会員情報担当 星子 隆裕 宛
麻生リハビリテーション大学校 FAX:092-436-6612 〒812-0007 福岡市博多区東比恵3-2-1

変更届 (作成日: 年 月 日)

～下記のいずれかに○をしてください～

県内異動 ・ 自宅住所変更 ・ 県外転出 ・ 県外より転入 ・ 改姓

移動・改姓等を変更された日 年 月 日

ふりがな

○氏名 _____ 会員番号() 旧姓: _____

(改姓の方は旧姓を記載してください)

勤務先

ふりがな

○以前の勤務先 _____

ふりがな

○現在の勤務先 (法人名) _____ (病院・施設名)

(部 署)

住所 〒 _____ TEL _____

○勤務先情報 ※選択肢に○をつけてください。

設立主体: 国・県・市町村 公的事業団 民間 自営 その他()

施設種別: 医療(急性期・回復期・維持期) 福祉 教育 介護 養成校 その他

対象領域: 言語・認知 聴覚 発声発語 摂食嚥下

成人のみ 小児のみ 全般 訪問ST: 有・無

自宅

○以前の自宅

住所 〒 _____ TEL _____

○現在の自宅

住所 〒 _____ TEL _____

郵便物の送付先

勤務先 ・ 自宅