

様式 ( )

# 変更届

平成 年 月 日

日本柔道整復接骨医学会 会長殿

下記の通り変更したいと存じますのでお届け致します。

|             |  |  |    |    |        |  |  |          |  |  |  |
|-------------|--|--|----|----|--------|--|--|----------|--|--|--|
| 氏名・会員番号     |  | 印  |    |    |        |  |  |          |  |  |  |
| 職 種         |  | 1. 柔道整復師                      2. 医師                      3. 理学療法士                      4. 作業療法士<br>5. 按摩、マッサージ、指圧    6. 鍼灸師                      7. 看護師                      8. 学生<br>9. その他 ( ) |    |    |        |  |  |          |  |  |  |
| 変<br>更<br>前 | 自宅住所   | 〒 -  |    |    |        |  |  |          |  |  |  |
|             | TEL  |  |    |    | FAX    |  |  |          |  |  |  |
|             | 所属又は勤務先名   | 主 ・ 勤  |    |    |        |  |  |          |  |  |  |
|             | 住 所  | 〒 -  |    |    |        |  |  |          |  |  |  |
|             | TEL  |  |    |    | FAX    |  |  |          |  |  |  |
| 変更年月日       |  | 平成 年 月 日   |    |    | 郵便物送付先 |  |  | 自宅 ・ 勤務先 |  |  |  |
| 変<br>更<br>後 | 自宅住所   | 〒 -  |    |    |        |  |  |          |  |  |  |
|             | TEL  |  |    |    | FAX    |  |  |          |  |  |  |
|             | 所属又は勤務先名   | 主 ・ 勤  |    |    |        |  |  |          |  |  |  |
|             | 住 所  | 〒 -  |    |    |        |  |  |          |  |  |  |
|             | TEL  |  |    |    | FAX    |  |  |          |  |  |  |
| 変更内容        | 住所変更 ・ TEL/FAX番号変更 ・ 取得資格変更<br>名称変更 ・ 勤務先変更 ・ 住所表示変更 ・ 廃止<br>その他 ( ) |  |    |    |        |  |  |          |  |  |  |
| 事務局         | PCデータ  | 台帳   | 名簿 | 備考 |        |  |  |          |  |  |  |
|             |  |  |    |    |        |  |  |          |  |  |  |