# 会員入会・退会・異動届

提出日:平成　　年　　月　　日

フリガナ
氏　名　:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

OT協会会員番号:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿・申請中

免許取得年:＿＿＿＿＿＿＿＿

**① 入会**

| 項　目 | 内　　容 | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ<br>勤務先名 | | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 施設Tel等 | Tel: | Fax: | E-Mail: |
| 自宅住所 | 〒 | | |
| 自宅Tel等 | Tel: | Fax: | E-Mail: |

**② 異動**

| 項　目 | 内　　容 | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ<br>勤務先名 | | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 施設Tel等 | Tel: | Fax: | E-Mail: |
| 自宅住所 | 〒 | | |
| 自宅Tel等 | Tel: | Fax: | E-Mail: |
| 氏　　名 | フリガナ<br>旧姓: | フリガナ<br>改姓: | |

**③ 退会**

| |
|---|
| 退会理由について該当するものに〇をして下さい<br>県外異動　・　その他(　　) |

＊会員名簿には自宅住所は掲載いたしません。自宅住所、電話番号を記載して下さい。

【事務局連絡先】(社)沖縄県作業療法士会事務局
〒901-1393　与那原町字板良敷1380-1
沖縄リハビリテーション福祉学院　作業療法学科内
Tel　:　098-946-1000
Fax　:　098-946-1999

| 受付日 | 承認日 | 定款送付 | PC入力 |
|---|---|---|---|
| | | | |