

(社)沖縄県作業療法士会 入会・退会・休会・異動・改姓・住所変更 届

※どの届けに関しても、日本作業療法士協会・沖縄県作業療法士会両会への届出が必要です。

(協会への届出は、協会 HP をご参照いただくか協会へお問い合わせ下さい)

一般社団法人沖縄県作業療法士会 会長 殿

提出日(西暦): 年 月 日

フリガナ 氏名 : _____ 〒

氏名 : _____ 自宅住所: _____

OT 協会会員番号: _____ 自宅 Tel: _____ Fax: _____

免許取得年(西暦): _____ 年 E-Mail: _____

* 個人情報 は 会員管理 以外の目的では使用しません。自宅住所、電話番号を記載して下さい。

□入会

- 新規入会
- 県外より
異動入会

項目	内 容		
フリガナ 勤務先名	〒		
所在地	〒		
勤務先 Tel 等	Tel: _____	Fax: _____	E-Mail: _____

入会費振込先: 琉球銀行 宜野湾支店 口座番号 493549 社団法人 沖縄県作業療法士会 理事 比嘉靖
 ※振り込み手数料の負担をお願い致します。入会承認は会費納入確認後となります。
 入会届は振込後にご提出下さい (振込日: 年 月 日)。

□異動

項目	内 容		
フリガナ 旧勤務先名			
フリガナ 新勤務先名	<input type="checkbox"/> 自宅会員(どこにも勤務しない)になる場合はこちらにチェックして下さい。		
所在地	〒		
勤務先 Tel 等	Tel: _____	Fax: _____	E-Mail: _____

□退会

退会理由について該当するものに○をして下さい 県外異動 ・ その他(_____)

□休会

- 新規
- 延長

休会理由について該当するものに○をして下さい(証明書等が必要です。ホームページより規定を確認下さい) 出産 ・ 育児 ・ 介護 ・ 長期の病気療養 その他(_____)
休会期間(1年度): _____ 年 4 月 1 日 ~ _____ 年 3 月 31 日

**□改姓
住所変更**

自宅住所	〒		
自宅 Tel 等	Tel: _____	Fax: _____	E-Mail: _____
改 姓	フリガナ 旧 姓: _____	フリガナ 改 姓: _____	

【提出先】 社団法人 沖縄県作業療法士会 事務局

〒903-0804 那覇市首里石嶺町 4-373-1 沖縄県総合福祉センター内 Tel・Fax:098-988-3711

事務局 記入欄	受 付 日	マスター登録日	コンピニメイト 登録	OT 協会 システム登録	理事会 議事案	県提出 書類	財務確認日 (会費納入確認)
							銀行振込: 未・済

※入会日は、財務部振込確認後、提出日を登録する。