

異動・職場変更届

(西暦) 年 月 日

一般社団法人岩手県作業療法士会

会長 藤原 瀬津雄 様

フリガナ

氏 名 _____ (男・女) 県士会番号 _____

このたび、下記の通り、職場が変更になりましたので、ご報告いたします。

変更前



変更後

職場名称：

OT 所属部門名称：
分野 (○で囲む)：身体障害・精神障害・老年期障害・発達障害・教育・自宅
その他 ()

異動等変更の年月日 (西暦) 年 月 日

変更後の職場住所 (自宅者は自宅住所)

〒 _____

TEL: _____

FAX: _____

メールアドレス (携帯アドレスは不可)

@ _____

※自宅に変更になる方へ

県士会からの研修会案内等はメールが主な手段です。不定期に一齐送信されることが多くありますので、必ず受信できるアドレス記載をお願いします。仮に、メールアドレスがない方は、県士会の「安心でんしょばと」(手続きは必要です) から届く情報にて、HP を見て確認していただく方法になります。