

一般社団法人大阪府臨床工学技士会 変更届・退会届

貴会への届出内容に変更が生じたので通知いたします。

届出年月日；平成 年 月 日

(一社) 大阪府臨床工学技士会 会員番号		(公社) 日本臨床工学技士会 会員番号	
氏名	(印)		

●変更内容および事由 (該当するものに○をつけ、変更となる内容を以下に記入してください)

①改姓 ②勤務先 ③自宅住所 ④送付先住所 ⑤所属都道府県臨床工学技士会 ⑥退会

ふりがな		旧 姓	
氏 名			

ふりがな		ふりがな	
勤務先		所属部署	
TEL	(内線)		
FAX			
勤務先 住所	〒		
ふりがな			
自宅住所	〒		
	TEL		
送付先住所	自 宅・勤務先 (いずれかに○印をしてください。)		

●退会理由

--

送付先；〒565-0871 吹田市山田丘2-15
国立大学法人大阪大学医学部附属病院 臨床工学部内
一般社団法人大阪府臨床工学技士会 事務局 楠本
TEL:06-6879-5095 FAX:06-6879-5098