

一般社団法人京都府臨床工学技士会 変更・退会届

この変更届は京都府臨床工学技士会専用で(社)日本臨床工学技士会には届出いたしません。
必ずご自身で(社)日本臨床工学技士会に変更・退会のご連絡をお願いいたします。

・郵送先変更 ・勤務先変更 ・部所名変更 ・改姓 ・退会届

届出 年 月 日

会員番号 _____

氏 名 _____

変更事項(下記の該当するものに○を付け、変更内容をご記入ください)

・郵送先変更

新郵便番号 _____

新住所 _____

・住所変更

新郵便番号 _____

新住所 _____

・勤務先変更

新郵便番号 _____

新住所 _____

新施設名及び部所 _____

・部所名変更

新部所名 _____

・改姓

新 _____

旧 _____

・退会

理由 _____

送付先 〒602-8155

京都府上京区千本通竹屋町東入主税町910

京都保健衛生専門学校臨床工学技士専攻科内 受理日 年 月 日

京都府臨床工学技士会 事務局 確認者 印

TEL・FAX(075)-803-5089 印

退会を希望される方は必ず届けを提出して下さい。届けがないと自動引き落としが
いつまでも継続される可能性があります。ご理解いただきます様宜しく願いいたします

平成23年2月24日改定3版