

会 員 異 動 届

平成_____年_____月_____日届出

氏 名 _____ 昼・夜 _____ 期生 _____

変更内容 (該当項目を囲む)

* 勤務先を退職し自宅会員になる会員は、勤務先を囲み自宅住所を記入して下さい。

勤務先・自宅・姓名・その他()

○ 勤務先名 :

○ 標 榜 名 :

○ 勤務先住所 : 〒 _____

TEL () _____

FAX () _____

○ 自宅住所 : 〒 _____

TEL () _____

FAX () _____

○ 姓名変更 : _____ (旧姓 _____)

事務局

〒453-0023

名古屋市中村区若宮町二丁目2番地

中部リハビリテーション専門学校内

TEL 052-461-1677

FAX 052-471-2333