

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 - 0028 名古屋市中村区寿町7番地
中部リハビリテーション専門学校内
T E L 052-461-1677
F A X 052-471-2333