

FAX 送信表

送信日 平成 年 月 日

宛先 太田西ノ内病院 作業療法科 岡本佳江 宛 FAX : 024-925-7791
送信元 FAX :

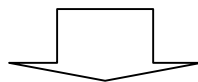
退会・変更届

該当するものに○をつけてください。 平成 年 月 日付

[退会・異動・改姓・その他 ()]

氏名 :

現勤務先 :



<変更後>

氏名 :

勤務先 :

勤務先住所 : 〒

TEL : FAX:

E-Mail :

※メール環境が整っている方は必ずご記載ください

自宅 住所 : 〒

TEL : FAX:

※改姓される方は会費納入のための自動振替用紙も再度ご提出いただきます。