

変更届

変更内容を下記の該当する項目に○をつけて下さい

	勤務先 変更		自宅住所 変更		病院名 変更		病院所在地 変更
	氏名変更		退会		転出		給付申請

※ 下記ご記入の上、郵送もしくはメール添付(PDF)にて送付してください。事務局より確認連絡があります。2枚目に備考欄を設けておりますので、コメントがありましたらお書きください。

※「退会」に関しては退会理由が必要となります。必ず記入の上ご返送ください。

(退会を申し出た日の当該年度までの会費が完納された後 受理されます。)

届出日 _____年____月____日

氏 名 _____

会員番号 _____ 〈E-mail〉 _____

前病院名 _____

新病院名 〈名称〉

三

〈所在地〉

〈電話番号〉 _____ 〈FAX 番号〉 _____

三

新住所 _____

〈電話番号〉 _____ 〈FAX 番号〉 _____

NPO 法人 北九州診療放射線技師会
会長 稲永 勝敏

〒802-0077 北九州市小倉北区馬借 1-7-1
総合保健福祉センター 6F

NPO 法人 北九州診療放射線技師会 事務局
TEL 093-512-1326
FAX 093-512-1326
E-mail:kgs@poppy.ocn.ne.jp

退会事由

備考
