記入日　　令和　　　年　　　月　　　日

熊本県言語聴覚士会　**変更届（会員種別、姓、現住所、勤務先）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

**会員の種別（正会員・賛助会員）**　　　　　　　　　会員番号

**※熊本県言語聴覚士会の会員番号をご記入ください。**

**ご不明な際は、会員名簿をご確認ください。**

氏名　　　　　　　　　　　　　　印　（男・女）　旧姓

生年月日　　　　　　　年　　　　月　　　　日

**現住所**

〒□□□－□□□□

TEL　　　　　　　　　　　　FAX

E-mail(自宅PC)

E-mail(施設内)

（当会からの連絡を受け取るアドレス職場か自宅を必ず記入してください。ﾌﾘｰﾒｰﾙ可）

**勤務先**

施設名　　　　　　　　　　　　　　　　部科名

勤務先住所

〒□□□－□□□□

TEL　　　　　　　　(内線)　　　TEL(直通)　　　　　　　　　FAX

E-mail

言語聴覚士免許取得年　　　　　　　　　　年　　　免許番号　　　　　　　　　　　　号

熊本県言語聴覚士会　**退会届**

熊本県言語聴覚士会会長　　　　　　　　　　　　殿

私は熊本県言語聴覚士会を退会したく申し届けます。

退会理由（県外異動・退職・休職・免許喪失・その他　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

会員の種別（正会員・賛助会員）　　　　　会員番号　**※熊本県言語聴覚士会会員番号**

氏名　　　　　　　　　　　　　　印　（男・女）

 変更・退会承認　　　　　年　　　　月　　　　日