

# 会 員 変 更 届

香川県臨床工学技士会会長 殿

平成 年 月 日 届出

氏 名 \_\_\_\_\_

会員番号 No \_\_\_\_\_

変更内容（該当するものに○を付ける）

勤務先・勤務先住所・勤務先電話番号・氏名・自宅住所・自宅電話番号  
連絡先・その他（ ）

変更期日 平成 年 月 日

|       |         |
|-------|---------|
| (変更前) | 変更前内容詳細 |
| (変更後) |         |

届出事項に変更が生じた場合は下記住所に郵送するか、事務局まで FAX をお願いします。

郵送及び FAX 先

香川県臨床工学技士会事務局

〒761-8023 香川県高松市鬼無町藤井 435-1

キナシ大林病院 事務局

TEL: 087-881-3631

FAX: 087-881-3867