

# 会 員 変 更 届

(一社)香川県臨床工学技士会会長 殿

令和 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 令和 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

一般社団法人香川県臨床工学技士会事務局  
〒 760-0018 香川県高松市天神前 4-18 K K R 高松病院内  
TEL : 087-861-3261  
FAX : 087-835-0793