

下記の事項について変更をお願いいたします		記入日	年	月	日
氏名	ふりがな	印	勤務先 (施設名)		
長野県言語聴覚士会 会長殿		勤務先変更の場合は、旧勤務先を記入。			
変更事項	* 氏名 勤務先 自宅 郵便物送付先 その他 ()				
該当する箇所に変更内容をご記入ください					
氏名	ふりがな	旧氏名			
①勤務先 ※注) 郵便物は基本的に この勤務先へ郵送 されます。主たる 勤務先が無く、複数 の勤務先のある方 は②へ記載してく ださい。	勤務形態	* 1. 常勤 2. 非常勤 週・月に()回			
	施設名 (正式名称)	ふりがな			
	所属部署				
	所在地	ふりがな (〒 -) 長野県			
	TEL		内線		
	FAX		E-mail		
②複数の勤務先が あり、かつ、どの 勤務先にも籍が 無い方	参考までに、現在、勤務されている施設名を記載ください				
自宅	住所	ふりがな (〒 -) 長野県 マンション・アパート名:			
	TEL		FAX		
	E-mail				
郵便物送付先	基本的に郵便物は勤務先郵送です。もしくは勤務先②に該当する方以外で、 自宅郵送希望の方は理由を下記に明記下さい。 ()				
その他	変更事項				
	変更内容				
ニュースレターへの変更内容 掲載について	* 掲載可 ・ 掲載不可				

変更届に関する個人情報は、第三者への開示は致しません

(記入上の注意)

①読みにくい文字にはふりがなをつけてください。 ② * の付いた項目は○で囲んでください

(変更届の提出)

③氏名及び勤務先は、会員名簿に掲載されます。(自宅の住所・電話番号等は掲載されません)

(提出先)

郵送にてご提出ください。

〒390-8648 長野県松本市城西 1-5-16 城西病院リハビリテーション科言語療法部

長野県言語聴覚士会事務局 会員情報管理担当 高山緑・横山智子・三村恵

事務局処理欄	事務局保管	配布用	送付先	会計