**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 |  |  | 自宅住所 |  |  | 病院名 |  |  | 病院所在地 |
| 変更 |  | 変更 |  | 変更 |  | 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)にて送付されてください。

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〉

　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　〈所在地〉

　　　　　　　　〈電話番号〉　　　　　　　　　 〈FAX番号〉

　　　　　　　　　〒

新住所

　　　　　　　　〈電話番号〉　　　　　　　　　 〈FAX番号〉

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒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