

FAX申し込み

会員異動届

ファックス送信票

下記の通り送信致しますので、よろしくお願ひ致します。

| | |
|-----|---|
| 受信者 | FAX番号：048-664-2733 公益社団法人埼玉県診療放射線技師会 |
| 送信者 | 氏名 |
| | 施設名 |
| | 〒 施設住所 |

*郵送の場合

〒331-0812 さいたま市北区宮原町2丁目51番地39
公益社団法人埼玉県診療放射線技師会
電話：048-664-2728

公益社団法人埼玉県診療放射線技師会 会員登録変更届

年 月 日

| | | | |
|---------------|--|-----|----|
| ふりがな 届出会員名 | | 支部名 | 支部 |
| 技師会番号 | | | |

①転出者は正確にご記入ください

| | | |
|-----|----------|------------------|
| 転出先 | () 県へ転出 | 技師会費を () 年度まで納入 |
|-----|----------|------------------|

○印

②変更した項目をご記入ください

| | | |
|------|---------------|--------------------|
| 変更項目 | ふりがな 自宅住所 | 〒 - TEL - - |
| | ふりがな 勤務先名 | |
| | ふりがな 勤務先住所 | 〒 - TEL - - |
| | ふりがな 改姓 | |
| | 支部変更 | 第 () 支部を第 () 支部に |
| | 連絡先変更 | |