

登録事項変更届

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	西暦 年 月 日
職種	医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ 保健師 ・ 教員 義肢装具士 ・ ソーシャルワーカー ・ 介護福祉士 ・ その他()		

変更内容(該当する項目を○で囲んでください)	
1. 郵送物送付先変更 2. 氏名変更 3. 勤務先変更 4. 自宅住所変更 5. その他	
変更日	年 月 日から

1. 郵送物送付先変更	勤務先 ・ 自宅	
2. 氏名変更(新)	フリガナ	
	氏名	
3. 勤務先変更(新)	名称	
	所属部署	
	住所	〒
	電話番号	
4. 自宅住所変更(新)	住所	〒
	電話番号	
5. その他		

郵送・FAXのいずれかで申請書を事務局までお送りください

北海道リハビリテーション学会事務局
 電話番号:011-706-6066

郵送先: 〒060-8648 札幌市北区北14条西5丁目
 北海道大学病院リハビリテーション科 内

FAX: 011-706-6067