

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	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、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 村石緑・三村恵

事務局処理欄	事務局保管	配布用	送付先	財務