秘　　長野県言語聴覚士会　　変更 届

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　＊　の付いた項目は〇で囲んでください
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）

（変更届の提出）　郵送にてご提出ください。

（提出先）　〒399-4117 長野県駒ケ根市 3249 番地 4　老人保健施設フラワーハイツ
長野県言語聴覚士会事務局　会員情報管理担当　倉田朋子

事務局処理欄	事務局保管	配布用	送付先	財務