

公益社団法人秋田県臨床工学技士会 異動届け

届出年月日 令和 年 月 日

※必ず記載をお願いします。

●会員番号 【 】  
●氏名 【 (フリガナ) 】

●変更および休退会等に関する届出

※該当する内容を○で囲み、該当する項目について記載をお願いします。

- ① 勤務先(所属部署) ② 自宅住所 ③ 郵送先住所 ④ 改姓(名) ⑤ その他変更  
⑥ 休会 ⑦ 退会(都道府県技士会の異動含む)

①勤務先(所属部署)の変更

勤務先・所属部署 【 】  
住 所 【〒 】  
電話番号(FAX) 【 】  
Mail 【 】

②自宅住所の変更

勤務先・所属部署 【 】  
住 所 【〒 】  
電話番号(FAX) 【 】  
Mail 【 】

③郵便物送付先の変更

勤務先 自宅 (該当する方を○で囲んでください)

④改姓(名)

氏名(改姓名後) 【 】

⑤その他の変更 ※変更内容をできる限り詳細に記載してください。

【 】

⑥休会

休会期間 【令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日】  
休会理由 例：長期の傷病療養のため ※理由は必ず記載をお願いします。  
【 】

⑦退会

退会日 【令和 年 月 日】  
退会理由 例：勤務先の変更のため。  
【 】  
異動予定の都道府県技士会 【 都 道 府 県 】

※退会手続完了後、郵便物等の送付は止めさせていただきます。

この届け用紙は公益社団法人秋田県臨床工学技士会専用です。該当項目は詳細に記載し事務所まで送付してください。なお、会期中で退会された場合の既に納入された年会費は返還いたしません。住所の変更には事務処理上、多少時間を要することがございますので、予めご了承下さい。異動先都道府県技士会および公益社団法人日本臨床工学技士会への連絡は当会からも行いますが、ご自身でe-プリバドでの手続きもお願いいたします。

(送付先)

公益社団法人秋田県臨床工学技士会 事務局 宛  
〒010-1495 秋田市上北手猿田字苗代沢222-1 秋田赤十字病院 医療技術部内  
電話 018-829-5000 FAX 018-829-5834 E-mail yukio\_oyama@akita-med.jrc.or.jp