

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、よろしくお願い致します。

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	