

# 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、よろしくお願ひ致します。

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	