勤務先・住所変更・慶弔届

令和　　年　　月　　日

高知県診療放射線技師会長　殿

下記の事項について届出いたします。

☆太枠内および必須箇所は必ず記入してください。欄内には変更事項のみ記入してください。

会員番号	氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		印
		姓	名	

変更後	（必須）自宅住所（〒　　－　　）	（必須）携帯 TEL
	勤務先･所属部署名	緊急勤務先 TEL
	勤務先住所（〒　　－　　）	勤務先 TEL
	（必須）連絡用メールアドレス	
	会報送付先　1. 勤務先　2.自宅　3.その他（　　）	

代理人氏名	印	当該者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	
			姓	名
結婚	令和　　年　　月　　日　入籍	変更後	ﾌﾘｶﾞﾅ	
			姓	名
傷病	（診断名） 入院日数　　日	災害	（被害の程度） 被災日	
死亡	令和　　年　　月　　日　死去 享年　　歳			

提出先　〒780-0850　高知市丸の内-7-45　総合あんしんセンター2 階
公益社団法人高知県診療放射線技師会　宛

連絡先　088-872-4585　088-833-7322　会長携帯 09039896818

☆住所、勤務先等の変更届は必ず事務局に提出してください。
☆結婚、傷病、死亡、災害の届出の場合は、給付金が支給されます。