

会員変更・退会届

一般社団法人 鳥取県臨床工学技士会会長 殿

平成 年 月 日 (届出日)

氏名 _____ 印

(公社) 日本臨床工学技士会会員番号 _____

鳥取県臨床工学技士会会員番号 _____

●変更内容 (該当するものに○をする)

勤務先 ・ 自宅 ・ メールアドレス ・ 連絡先 ・ 改姓 ・ 郵送先 ・ 退会届 ・ その他

*退会の場合は退会理由を記入して下さい。

変更前
変更後

注) この変更届きは鳥取県臨床工学技士会で使用するもので、(社) 日本臨床工学技士会の
変更の連絡などは致しません。日本臨床工学技士会に変更希望のある方は個人で、日臨工
ホームページで変更を行うか日臨工事務局まで連絡をお願い致します。
上記項目記入し当会事務局まで FAX または郵送をお願い致します。

一般社団法人 鳥取県臨床工学技士会 事務局

〒683-8504 鳥取県米子市西町 36-1 鳥取大学医学部附属病院 ME センター

TEL : 0859-38-6975 FAX : 0859-38-6979 アドレス : mec-tottori@umin.ac.jp

担当者 : 雑賀 真也