

異 動 届

西暦 20 年 月 日届出

西暦 20 年 月 日現在

(事前届け出は一ヶ月前より受け付けます)

会 員 番 号			
ふりがな 氏 名	←改姓改名のかたは 届け出ている氏名を 記入してください		
↓ 変更箇所に☑し、変更後事項を記入してください			
<input type="checkbox"/>	ふりがな 改姓・改名		改姓改名年月日 西暦 年 月 日
<input type="checkbox"/>	住 所	〒 —	
<input type="checkbox"/>	電話・FAX	電話 () — / FAX () — 携帯電話 () —	
<input type="checkbox"/>	Email	@	
<input type="checkbox"/>	就業状況	常勤 ・ 非常勤 ・ 非勤務	
<input type="checkbox"/>	勤 務 先 種別	(非勤務以外の方は勤務先情報が必要です、非常勤の方は主な勤務先を届け出てください) 病院 ・ 診療所 ・ 保健所 ・ 市町村 ・ 企業 ・ 歯科衛生士養成機関・ 福祉施設 ・ その他 ()	
	勤務先名称		
	勤務先住所	〒 —	
<input type="checkbox"/>	電話・FAX	電話 () — / FAX () — 携帯電話 () —	
<input type="checkbox"/>	届出口座名義の変更	旧) ふりがな 氏名 →新) ふりがな 氏名	
<input type="checkbox"/>	届出口座番号の変更	口座番号変更は別手続きが必要です (事務所より別途連絡いたします)	

届出先 : 公益社団法人京都府歯科衛生士会 事務所
〒601-8047 京都市南区東九条殿田町 70 番地 京都テルサ内
TEL 075-672-5702 FAX 075-672-5706
E-mail kdh2000@mbx.kyoto-inet.or.jp