

# 変 更 届

長崎県臨床工学技士会 御中

平成 年 月 日 届出

日臨工会員番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(事務局記入欄) 平成 年 月 日 受理

◆ 変更内容 (該当するものに○を付けて下さい)

勤務先 ・ 氏名 ・ 現住所 ・ その他 ( )

変 更 前	
変 更 後	

## 【郵送先】

〒850-0032 長崎市興善町 5-1

医療法人衆和会 長崎腎病院 臨床工学課 高木伴幸

TEL 095-824-1101 FAX 095-824-1181