

# FAX 送付状

送信日 : 令和 年      月      日

送信枚数 :   1   枚

送付先

茨城県理学療法士会事務局

FAX 番号 : 029-353-8475

差出人

会員番号 :

氏名 :

インフォメーションの郵送を希望します

以上

※郵送希望の手続き完了までには1~2ヶ月程度かかる場合がございます、ご了承ください

手続き完了後、郵送へと移行させていただきます

※勤務先や自宅住所等会員登録情報に変更がある場合は、協会 HP 内マイページより必ず変

更登録をお願い致します