変更届（2021年4月1日～2022年3月31日まで有効）

会員番号	生年月日（西暦） 年　月　日	所属士会 都道府県
フリガナ 氏　名		
改姓 □あり □なし	フリガナ 新　姓	

希望する送り先に✓をつけてください。

□勤務施設宛　□自宅宛

※未選択で勤務先の登録がある場合は、勤務施設宛で登録いたします。

自宅住所等について

郵便番号　〒　－

住　所

都道府県

アパート・マンション名、部屋番号

ご連絡がとれる電話番号　※職場の電話番号ではなく、自宅もしくは個人の電話番号を記入してください

－　－

メールアドレス　※共有のメールではなく、確実に届く個人のメールアドレスを記入してください。

@

関連資格について　冊子1ページを参照

医療・福祉系国家資格　※取得している資格が一覧に無い場合は、回答不要です。

その他の医療・福祉系資格※取得している資格が一覧に無い場合は、回答不要です。

自治体活動への参画状況について　冊子1ページを参照

参画している自治体活動がある場合は、該当コードと自治体名、委員会名等を記入してください。

コード	自治体名、委員会名等

勤務先情報等について

Ⅰ就業状況

□働いている（職場が変わった）⇒Ⅱ勤務形態以下について回答してください

□働いている（職場の変更なし）⇒Ⅱ勤務形態以下について回答してください*1

□働いていない（退職も含む）　⇒これ以降の回答不要です

*1新システム導入に伴い、2020年度から会員統計項目が改訂となりました。そのため、職場に変更がなくても、記載の項目に従ってⅡ勤務形態以下について回答をお願い致します。

Ⅱ勤務形態　□11常勤　□12非常勤　□13その他

※13その他 選択者は業務内容を記入してください。Ⅲ勤務先以下は回答不要です

Ⅲ勤務先　複数の施設で勤務されている場合は、最も長い業務時間の施設について回答してください

フリガナ

団体法人名（医療法人〇〇、株式会社□□）

フリガナ

施設名称

部署名（任意）※施設名簿に登録されませんが、〇〇病棟や〇〇科を記入することで勤務先宛への発送時に、宛名として印字されます

郵便番号　〒　　－

住　所

都道府県

代表電話番号　－　－

FAX番号　－　－

Ⅳ業務内容

Ⅲ勤務先に記入した勤務施設で記入者が従事している業務内容について回答してください。選択肢は、冊子3ページ以降にあります。領域を1つ選び、その領域の大分類、中分類、小分類を回答してください。領域「その他」「作業療法士養成施設」は大分類のみで中分類、小分類はないため、回答は不要です。

領　域

大分類

※領域04その他、大分類27その他 選択者は業務内容を記入してください。

中分類　主　従

小分類

対象障害種別　主　従

対象疾患　主　従

Ⅴその他　上記の勤務施設以外に勤務している施設がある場合、以下回答してください。

施設名称：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

業務内容　該当するものに1つ✓を入れてください。

□身体障害　□精神障害　□発達障害(小児)　□老年期障害　□その他