

一般社団法人熊本県作業療法士会会員証再発行願い

一般社団法人 熊本県作業療法士会 会長

殿

年 月 日

氏名： _____ 印

所属： _____

送付先： _____

送付先住所：〒 _____

連絡先： _____ (_____)

再発行理由

準備チェック

- 再発行願い（本状）
- 返信用封筒同封（長形3号封筒に110円切手貼付・返信先書き込み）
- 110円切手2枚（再発行手数料）

（一社）熊本県作業療法士会事務局

〒861-8045 熊本市東区小山 2-25-17-103