

FAX 03-5281-8535

〒101-0047 東京都千代田区内神田 1-18-12 内神田東誠ビル 9 階

一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会事務局宛

一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会  
会長 殿

## 社員（登録代表者）変更届

以下のとおり社員の登録を変更いたします

申請年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

旧登録代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

現登録代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

役職・職種： \_\_\_\_\_

法人名 \_\_\_\_\_

病院名 \_\_\_\_\_

本件の連絡担当者氏名 \_\_\_\_\_

連絡担当者の方の電話番号 \_\_\_\_\_