**「公益社団法人 大阪府臨床検査技師会 会員証」 再発行申請書**

（西暦）　　　　年　　　月　　　日

公益社団法人 大阪府臨床検査技師会　御中

　下記の通り、「公益社団法人 大阪府臨床検査技師会 会員証」の再発行について申請いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **再発行理由**  **（該当項目に○）** | １．紛失　　２．破損・汚れ　　３．勤務先変更　　４．氏名変更  ５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| **会員番号** |  | |
| **フリガナ** |  | |
| **氏名** | （姓） | （名） |
| **旧姓** |  | |
| **所属施設名** |  | |
| **所属施設番号** |  | |
| **所属施設住所** | 〒 | |
| **自宅住所**  **（自宅会員の場合）** | 〒 | |

**【申請要領】**

１．必要事項を記入のうえ大臨技事務所に郵送もしくはE-mailにて送付し、**再発行費500円**を下記振込先のいずれかにお振込みください。振込手数料は各自ご負担ください。

２．再発行申請書ならびに再発行費の入金確認後、大臨技会員証発行スケジュールに合わせて再発行いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **大臨技事務所**  **住所・FAX番号** | 〒543-0018　大阪市天王寺区空清町8-33　大阪府医師協同組合東館4階  TEL:06-6763-5652　　FAX:06-6763-5653 |
| **再発行費振込先** | ＊ 三菱UFJ銀行（金融機関コード：0005） ・支店名：阿倍野橋西　 店番：555　普通口座番号：1074815  ＊ ゆうちょ銀行（金融機関コード：9900） ・記号番号での振込先 … 口座番号：00950-1-1021 ・店名での振込先 … 店名：〇九九　店番：099　当座口座番号：0001021  ＊ 郵便局に備え付けの「払込取扱票」にてお振込みされる場合は、通信欄に「大臨技会員証 再発行費」と記入し、会員番号、施設番号（分かれば）および施設名を記入してください。  振込先口座名義：公益社団法人 大阪府臨床検査技師会 |
| **大臨技会員証発行**  **スケジュール** | 申請された月の翌月末に発行いたします。 |