

一般社団法人

日本自立支援介護・パワーリハ学会 変更届

※緑の欄は必須項目となります。

※変更箇所のみ記入し、メール又はFAXにてお送りください。

会員番号(必須)		ふりがな	
		名前(必須)	
変更前氏名 ふりがな		変更後氏名 ふりがな	
名前		名前	
E: Mail			
登録後に事務局から確認のメールをお送りいたしますので、お間違いないようお願い致します。			
郵送先	職場へ送る	自宅へ送る	⇒必ず○で囲んで下さい。
住所は必須条件となりますので、ご記入下さい。			
会 社 名		職 種	
職場住所	〒 -		
管 理 者 名			
職 場 電 話		職 場 F A X	
自宅住所	〒 -		
自 宅 電 話		自 宅 F A X	
備考			

会費の有効期間は、1月1日より12月31日までとなります。

<注意事項>

- ※ 必ず、ご連絡出来るところをご記入下さい。
- ※ 旧漢字につきましてはご登録ができない場合がございます。ご了承下さい。
- ※ 年会費を3年間未納の場合は、会員資格を失うことがあります。
- ※ 指導員・上級指導員の資格のお持ちの方へ
年会費が未納の場合は資格を失うことがありますのでご注意下さい。

FAX: 03(5919)3827