

変 更 届

特定非営利活動法人 日本医療リンパドレナージ協会
理事長 小川 佳宏 殿

下記の通り会員登録情報、受講生登録情報の変更をお願いいたします。

記入日： 年 月 日

※ 登録のお名前をご記入ください。

| | | | |
|------------------|----------------------------------|-------|----------|
| 会員種別 (いずれかに○) | 正会員 / セラピスト会員 / 非会員 | 会員NO. | |
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | | 男・女 | 西暦 年 月 日 |
| 講習会 受講状況 | 中級修了 済 (MLAJ No.) 又は (年 月 日修了) | | |
| | 未受講 ・ 講習会 (初級・中級・上級) 受講中 (会場) | | |

※ 変更事項のみご記入ください。

| | | | |
|-----------|--|--------|--|
| ふりがな | | | |
| 氏名 | | | |
| ふりがな | | | |
| 自宅住所 | 〒 | | |
| 自宅電話 | | 自宅FAX | |
| 携帯電話 | | 携帯Mail | |
| 自宅E-Mail | | | |
| 希望連絡先 | ※ <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 勤務先名 | | 勤務先所属 | |
| ふりがな | | | |
| 勤務先住所 | 〒 | | |
| 勤務先電話 | | 勤務先FAX | |
| 勤務先E-Mail | | | |
| 備 考 | (上記内容の変更日 年 月 日より) | | |