

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 新井 恒紀 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○)	会員 (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.)または (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			
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)		