

一般社団法人

## 日本自立支援介護・パワーリハ学会 変更届

※変更項目にチェックを入れて、変更内容をご記入の上、事務局宛にFAXでご連絡下さい

勤務先 自宅住所 郵送先 改姓 E-mail その他( )

会員番号	ふりがな		
	名前		
変更前氏名 ふりがな		変更後氏名 ふりがな	
名前		名前	
変更後/追加 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	〒 -		
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