送信先FAX：06-6386-1131

管理NO.

透析運動療法研究会　個人会員　登録変更届

届出日　　　　　　　年　　月　　日

透析運動療法研究会 会長 殿

会員登録情報の変更をお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  | 会員番号 |  |

変更項目の☐に✔を入れて、変更後の情報を記載してください。

　　↓

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤務先 | 名称 | 所属 |
| 住所　〒 | |
| 電話番号 | FAX番号 |
| E-mail※ | ＠ | |
| 職種等 | 医療施設関連  医師　　看護師　　臨床工学技士　　理学療法士　　栄養士  健康運動指導士　　他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 研究／教育施設  研究者／指導者　　学生　　他（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| その他  企業（研究・開発）　　企業（販売）　　患者　　患者家族 | |
| 自宅 | 住所　〒 | |
| 電話番号 | FAX番号 |
| 資料等  送付先 | 自宅　　勤務先　　その他： | |
| 変更希望日 | 年　　　月　　　日　より変更願います。 | |

* 当研究会からのご案内は、主にE-mailを使用しますので、アドレスは正確にお書きください。

退会　退会を希望される方は以下にご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 退会理由 |  |
| 退会希望日 | 年　　　月　　　日 |