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 |