

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