

送信先 FAX : 06-6386-1131

管理 NO. _____

透析運動療法研究会 施設会員 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。

届出者氏名 : _____

フリガナ	_____	会員番号	_____
登録施設名	_____		

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。

↓

□施設名	フリガナ		

□所在地	〒 _____		
□代表者*1	フリガナ	所属	
	氏名 :	_____	
	電話	FAX	
	E-mail*2 :	_____ @ _____	
□施設の種類	□透析施設 □リハビリ施設 □総合病院 □その他の医療施設 □他 (_____)		
変更希望日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 より変更願います。		
〈通信欄〉特記事項があればお書きください			

※1. 施設会員の代表者は、必ずしも施設の代表者である必要はありません。当研究会からのご案内や資料等を代表者宛にお送りさせていただきます。

施設会員の代表者は、個人会員と同じように正会員の権利を有するものとします。

既に個人会員として登録されている方を施設会員の代表者とされる場合は、事務局へご連絡ください。

※2. 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 退会を希望される場合は以下にご記入ください。

退会理由	_____		
退会希望日	_____ 年 _____ 月 _____ 日		