

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。

↓

<input type="checkbox"/> 施設名	フリガナ		
<input type="checkbox"/> 所在地	〒		
<input type="checkbox"/> 代表者 ^{※1}	フリガナ	所属	
	氏名 :		
	電話	FAX	
	E-mail ^{※2} : _____ @ _____		
<input type="checkbox"/> 施設の種類	<input type="checkbox"/> 透析施設 <input type="checkbox"/> リハビリ施設 <input type="checkbox"/> 総合病院 <input type="checkbox"/> その他の医療施設 <input type="checkbox"/> 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