

NPO法人日本不妊カウンセリング学会 御中

(E-mail: [toiawase@jsinfo.com](mailto:toiawase@jsinfo.com))

# 【 変 更 届 】

|        |  |
|--------|--|
| 会員 ID: |  |
|--------|--|

(西暦) 年 月 日現在

変更があった場合は、E-mail、Fax等で 必ず、事務局へご連絡下さい。(Fax:03-3533-6532)

|       |                         |
|-------|-------------------------|
| ふりがな  | ※認定者のみ記入                |
| 氏名    | 資格<br>認定年               |
| 自宅：〒  | マンション・アパート・コーポ名もご記入ください |
| Tel : | Fax :                   |

(※旧姓: ) ※変更があった時のみ、記入

変更があった項目に○印を付け、新届出を明記して下さい

|                             |                              |                                 |                               |                               |
|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> 勤務先 | <input type="checkbox"/> E-mail | <input type="checkbox"/> 連絡先1 | <input type="checkbox"/> 連絡先2 |
|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|

★ E-mail 変更の時は、必ず、アドレス確認メールを事務局へお送りください。 [toiawase@jsinfo.com](mailto:toiawase@jsinfo.com)

勤務先施設名.....

勤務先住所 〒.....

..... 所属 職名

勤務先電話番号 — — 勤務先 FAX 番号 — —

Eメールアドレス @

(必ず、事務局へ確認メールをお送りください。 [toiawase@jsinfo.com](mailto:toiawase@jsinfo.com)) 手書きだと行き違いが生じます。

会員区分：C 会員に○をしてください。

( ) C 会員 (年会費 6,000 円)

連絡先：必ずいずれかに○をしてください。

郵送の場合の連絡先は？ ( ) 自宅 ( ) 勤務先

FAXの場合の連絡先は？ ( ) 自宅 ( ) 勤務先