

NPO法人日本不妊カウンセリング学会 御中

(E-mail: [toiawase@jsinfrc.com](mailto:toiawase@jsinfrc.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 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@jsinfrc.com](mailto:toiawase@jsinfrc.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@jsinfrc.com](mailto:toiawase@jsinfrc.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。

連絡先： ( ) 自宅 ( ) 勤務先