

登録事項変更届

登録内容に変更がある場合は、下記にご記入いただき、FAX または 郵便でお送りください。その際は、
 本会からの郵便物宛名に記載されている登録氏名と会員番号を必ずご記入願います。

以下、変更する項目のみご記入をお願いします。

〒460-0012 名古屋市中区千代田 3-27-11 日本福祉大学中央福祉専門学校内
 愛知県言語聴覚士会 事務局 FAX 052-339-0201

届出日	20 年 月 日			
登録氏名	フリガナ	会員番号		
変更後の氏名	フリガナ			
変更後の会員種別	正会員（郵送 6000 円） 正会員（WEB 5000 円） 準会員（郵送 3000 円） 準会員（WEB 2000 円） 学生会員（郵送 2000 円） 学生会員（WEB 1000 円）			
変更後の勤務先 <small>（学生は校名/所属学科）</small>	施設名	フリガナ		
	部署			
	所在地	フリガナ		
		（〒 - ）		
	TEL		FAX	
	E-mail			
変更後の自宅住所 電話番号 E-mail アドレス	住所	フリガナ		
		（〒 - ）		
	TEL		FAX	
		E-mail		
変更後の郵便・メール送付先	勤務先 または 自宅 （*ご希望の送付先を○で囲んでください）			

*この情報は会員管理以外の目的には使用いたしません。

事務局欄	受 理		
	ファイル・アドレス帳変更		