

# 変 更 届

お名前 (変更前) : \_\_\_\_\_

会員番号 : \_\_\_\_\_

資格登録認定番号 : \_\_\_\_\_

以下のとおり、登録情報の変更を届け出ます。

変更箇所	変 更 後			
<input type="checkbox"/> 氏 名	フリガナ			
<input type="checkbox"/> 現 住 所	フリガナ			
	〒			
	都道 府県		市区 郡	
	TEL		FAX	
<input type="checkbox"/> 携帯電話番号				
<input type="checkbox"/> E-mailアドレス				
<input type="checkbox"/> 所 属 先 名	フリガナ			
	(職種 : _____)			
<input type="checkbox"/> 所 属 先 住 所	フリガナ			
	〒			
	都道 府県		市区 郡	
	TEL		FAX	
	E-mail			
<input type="checkbox"/> 送 付 先	自 宅 ・ 所 属 先 ※いずれかを○で囲んでください			
<input type="checkbox"/> 連 絡 先	自 宅 電 話 ・ 携 帯 電 話 ・ 所 属 先 電 話 ※いずれかを○で囲んでください			
<input type="checkbox"/> そ の 他				
通 信 欄:				

【送付先】 郵送またはFAX添付にてご送付ください。  
〒101-0064 東京都千代田区猿楽町2-6-3 日本動物看護学会事務局 宛  
FAX : 03-5244-5464

※お預かりした個人情報 は 厳重に管理し、本学会の活動目的以外には使用いたしません。