

# 登録事項変更届

該当する項目に ✓ を記入し、FAX もしくは郵送して下さい。

年 月 日

<input type="checkbox"/> 勤務先変更	<input type="checkbox"/> 改姓・名	<input type="checkbox"/> 退 会
<input type="checkbox"/> 自宅住所変更	<input type="checkbox"/> 送付先変更	<input type="checkbox"/> そ の 他
フリガナ	姓	名
氏 名		
旧姓名		
勤 務 先	名 称	役 職
	〒 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
	TEL	FAX
	E-mail	
旧勤務先名称		
自 宅	〒 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
	TEL	FAX
	E-mail	
	旧自宅住所	
送 付 先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	
退 会 届	平成      年度 をもって退会します。	
事務局への通信欄：		

※郵便番号をご記入ください。

※年度は4月～3月です。退会届は2月末日  
までお願い致します。

**日本重症心身障害学会**  
FAX 042-567-0224