

FAX : 03-6806-7703

一般社団法人

# 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会（登録変更・退会）届

西暦 年 月 日

会員番号		氏名	
------	--	----	--

該当項目の  にチェック ( ) をして、変更後の内容を記載してください。

<input type="checkbox"/> フリガナ	
<input type="checkbox"/> 氏名	
<input type="checkbox"/> E-mail	@
<input type="checkbox"/> 職種	医師 看護師 保健師 理学療法士 作業療法士 臨床工学技士 (管理) 栄養士 薬剤師 放射線技師 臨床検査技師 言語聴覚士 介護福祉士 教員 その他 ( )
<input type="checkbox"/> 勤務先	名称:
	所属:
	肩書:
	住所: 〒 -
	TEL: FAX:
<input type="checkbox"/> 自宅	〒 -
	TEL: FAX:
<input type="checkbox"/> 送付	勤務先 自宅

退会届	私は (西暦) 年 月 日をもって退会します。
退会理由	

◎ 退会される際、未納会費がある場合は全納していただきます。

◎ 登録変更・退会届は事務局宛に郵送または FAX にてお送りください。

〒 113-0033 東京都文京区本郷 3-28-8 日内会館 7 階 TEL/FAX : 03-6806-7703