

会員情報変更届

--	--

(西暦) 20 年 月 日届出

会員番号	NまたはJ (9桁)		職 種 (該当に○)	医師 看護師 薬剤師 管理栄養士 臨床検査技師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 歯科衛生士 その他
氏 名				

変更される項目をご記入下さい。
 なお、氏名以外の変更はマイページからも変更可能です。

	変更前	変更後
フリガナ 氏 名		
<input type="checkbox"/> 旧姓と新姓が確認できる公的証明書のコピーを同封しました (□へ✓をお願い致します) ※氏名変更の場合、公的証明書の提出は必須です。確認出来ない場合、変更致しかねます。		
自宅住所	〒	〒
所属先名 (部課名)		
所在地	〒	〒
発送先 (必須)	自宅 ・ 所属	自宅 ・ 所属
メールアドレス		
携帯番号 (必須)		
日中連絡先 (必須)		
TEL 番号 (必須)	自宅 :	自宅 :
	所属 :	所属 :
FAX 番号	自宅 :	自宅 :
	所属 :	所属 :

下記の資格をお持ちの方は認定者データ更新のため、必ず□に✓の上、お分かりの方は認定番号もご記入下さい。
 なお、氏名変更による「認定証再発行」をご希望の方は学会事務局までご連絡下さい。(再発行手数料: 3,000 円)

- 栄養サポートチーム (NST) 専門療法士 (認定番号)
- 指 導 医 (認定番号)
- 認 定 医 (認定番号)
- 認定歯科医 (認定番号)

FAX または郵送で事務局へご提出下さい。変更内容の反映に2週間程かかる場合がございますのでご了承下さい。