

# 変 更 届

特定非営利活動法人 日本医療リンパドレナージ協会  
理事長 新井 恒紀 殿

下記の通り会員登録情報、受講生登録情報の変更をお願いいたします。

記入日：            年            月

※ 登録のお名前をご記入ください。

会員種別	団体賛助	会員NO.	
ふりがな		ふりがな	
法人名		担当者氏名	

※ 変更事項のみご記入ください。

ふりがな			
法人名			
ふりがな			
住所	〒		
電話		F A X	
E-Mail			
連絡先	※ ☑を記入してください。 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他（		
ふりがな			
代表者氏名			
ふりがな			
担当者氏名			
特記事項			