

変更届

オーラルプラセンタ医学研究会事務局 殿

※希望がありましたらご記入ください。

申込日* 年 月 日

変更開始希望日 年 月 日

会員番号* 0 (認定証番号 A)

より開始希望

申込者*

▼変更箇所はすべて記入する。

	変更前	変更後*
名前		
勤務先名		
住所 (勤務地)	〒 _____	〒 _____
電話番号	- -	- -
FAX番号	- -	- -
メールアドレス		
ホームページ		
住所 (自宅)	〒 _____	〒 _____
電話番号	- -	- -
FAX番号	- -	- -
携帯番号	- -	- -
メールアドレス		
会員証	<input type="checkbox"/> 施設名・氏名 <input type="checkbox"/> 施設名のみ <input type="checkbox"/> 氏名のみ	<input type="checkbox"/> 施設名・氏名 <input type="checkbox"/> 施設名のみ <input type="checkbox"/> 氏名のみ
認定証	<input type="checkbox"/> 施設名・氏名 <input type="checkbox"/> 施設名のみ <input type="checkbox"/> 氏名のみ	<input type="checkbox"/> 施設名・氏名 <input type="checkbox"/> 施設名のみ <input type="checkbox"/> 氏名のみ
会員・認定医 のご紹介	<input type="checkbox"/> すべて掲載する <input type="checkbox"/> 掲載しない <input type="checkbox"/> 選択して掲載する <input type="checkbox"/> 施設名 <input type="checkbox"/> 登録者名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> HP	<input type="checkbox"/> すべて掲載する <input type="checkbox"/> 掲載しない <input type="checkbox"/> 選択して掲載する <input type="checkbox"/> 施設名 <input type="checkbox"/> 登録者名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> HP

会員証、認定証の再発行を希望される場合、再発行を希望する□にレ点をお願いします。(不要の場合はこのままお出しください。)

- 会員証/フレーム無し(1,100円 送料込) ※会員証のフレーム付きはありません。
 - 認定証/フレーム無し(1,100円 送料込)
 - 認定証/フレーム付き(7,700円 送料込)
 - 会員証と認定証/フレーム無し(2,200円 送料込)
 - 会員証と認定証/フレーム付き(8,800円 送料込) ※フレームは認定証のみです。
- ※会員証、認定証の発送は、ご入金確認後となります。(振込手数料は別途ご負担願います)

事務局記入欄

変更完了日	年 月 日	業務担当
変更開始日	年 月 日	