

 連絡先 FAX : 075-366-3334

特定非営利活動法人 地域医療・介護研究会 JAPAN

事務局 行

## 登録情報変更届

申請日： 年 月 日

会員種別	* ご登録の会員種別に○印をつけてください	
	個人賛助会員	団体賛助会員
個人 賛助会員	フリガナ	(団体名： )
	お名前	(部署名： )
		(役職： )
団体 賛助会員	フリガナ	(担当者名： )
	団体名	(部署名： )
		(役職： )

【変更】会員登録を下記のとおり変更します。(変更項目のみ記入ください。)

個人 賛助会員	フリガナ	(団体名： )
	お名前	(部署名： )
		(役職： )
団体 賛助会員	フリガナ	(担当者名： )
	団体名	(部署名： )
		(役職： )
ご連絡先住所 <input type="checkbox"/> 団体所在地 <input type="checkbox"/> ご自宅 ✓を入れてください	〒	
	電話：	FAX：
	E-mail アドレス：	

※ハイフン、アンダーバー、数字など明確にご記入ください

<申し込み書送付先>

NPO 法人 地域医療・介護研究会 JAPAN

FAX: 075-366-3334 メール: [info@lmc-japan.jp](mailto:info@lmc-japan.jp)

  
I(エル)m(エム)c(シー)-(ハイフン)