

会員登録情報変更・退会届

日本抗加齢医学会事務局 宛 (※番号をお間違いなきようご注意ください) 申請日: 2017 年 月 日

e-mail : info@anti-aging.gr.jp FAX : 03-6402-2601

郵送の場合 : 〒105-0001東京都港区虎ノ門3-10-4-313

登録情報にご変更がある場合には、お手数をお掛けいたしますが、ご本人様より事務局に届出書の提出をお願いいたします。※個人情報の取り扱いについては、学会HPをご確認ください。

※会員種別の変更(学生会員 ⇄ 正会員)、改姓など項目ないご登録情報の変更については、事務局まで電話またはメールでご連絡をお願いします。退会については、ご登録の個人情報を削除し、退会手続きをいたします。

以下の通り登録情報の変更を事務局に依頼します。

①届出者お名前

②会員ID

③変更項目 以下☑し、変更情報をお知らせください。

変更日(予定日)	<input type="checkbox"/> 即時 <input type="checkbox"/> 指定日 年 月 日	
☐自宅連絡先を変更します。	〒 都道府県 (建物名)	
	電話番号 (携帯可)	FAX番号
☐所属先・勤務先 (学生会員の場合は、在 学校名・学部名) を変更します。	所属先・勤務先名(在学校名・学部) 所属部署・職位 学生の場合：入学年月(年 月) 卒業予定年月(年 月)	
	〒 都道府県 (建物名)	
	電話番号 (携帯可)	FAX番号
☐メールアドレスを変更します。	(携帯メール不可) *学会からのお知らせ。ご連絡のためご利用のメールアドレスをお知らせください。 ☐ 自宅用メールアドレス ☐ 勤務先メールアドレス ☐ 共通メールアドレス @	
☐書類等送付先 (学生の場合は自宅のみ)	<input type="checkbox"/> 自宅 → 所属先・勤務先 に変更 <input type="checkbox"/> 所属先・勤務先 → 自宅 に変更	
☐専門医・指導士MAP HP公開情報	☐ 上記に添って学会ホームページ 専門医・指導士マップ公開情報を変更します。 変更情報：☐所属名 ☐TEL ☐FAX ☐メールリンク先(アドレスは表示されません)	
☐会費支払い方法	<input type="checkbox"/> コンビニ → クレジット ☐ クレジット → コンビニ <input type="checkbox"/> 口座引落 (2018年度からの振込依頼書をお送りします)	
☐退会	年 月 日付 理由：	