

会員登録情報変更届

申請日：2016年 月 日

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)

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

会員証、学会誌(年6回)の発送がありますので、登録情報のご変更がある場合には、お手数をお掛けいたしますが、学会ホームページトップページの[会員情報ページログイン](#) より会員様ご自身でご変更を頂く、または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。 ※会員種別の変更(学生会員 ⇄ 正会員)、改姓など上記に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。

以下の通り登録情報の変更を事務局に依頼します。

届出者お名前 _____ 会員ID _____

※変更項目に☑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	
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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・学部名) 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	FAX番号
<input type="checkbox"/> 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。ご連絡のためメールアドレスをお知らせください。 <input type="checkbox"/> 自宅用メールアドレス <input type="checkbox"/> 勤務先メールアドレス <input type="checkbox"/> 共通メールアドレス	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 専門医・指導士MAP HP公開情報	<input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 所属名 <input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メールリンク先 (アドレスは表示されません)	
<input type="checkbox"/> 会費支払い方法	<input type="checkbox"/> コンビニ → クレジット <input type="checkbox"/> クレジット → コンビニ <input type="checkbox"/> 口座引落 (振込依頼書をお送りします)	
<input type="checkbox"/> 退会	<input type="checkbox"/> 2016年 月 日 理由：	

※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。