

# 会員登録情報変更届

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：2018年 月 日

e-mail : info@anti-aging.gr.jp FAX : 03-5651-7501

郵送の場合：〒103-0024 東京都中央区日本橋小舟町6-3 日本橋山大ビル4F

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。

※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 2018 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 改 姓		
<input type="checkbox"/> 会員種別	<input type="checkbox"/> 学生 → 正会員 <input type="checkbox"/> 正会員 → 学生 <small>※学生会員への変更の場合は、学生証または在学証明書を併せてご提出ください。</small>	
<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・勤務先連絡先 (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
<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。ご連絡のためご利用の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 (2019年度からの振込依頼書をお送りします)	
<input type="checkbox"/> 退 会	年 月 日付 理由：	