

会員登録情報変更届

年 月 日

認定 特定非営利活動法人日本クリニックラウン協会
理事長 河 敬世 様

＜連絡者＞

氏 名 :

住所 :

連絡先電話番号 :

日本クリニックラウン協会の会員登録の内容を 年 月 日から以下に変更をお願いしたいので、下記のとおりお届けいたします。

	変更前	変更後
会員種別	<input type="checkbox"/> 活動会員 <input type="checkbox"/> 活動会員（団体） <input type="checkbox"/> 賛助会員 <input type="checkbox"/> 賛助会員（団体）	<input type="checkbox"/> 活動会員 <input type="checkbox"/> 活動会員（団体） <input type="checkbox"/> 賛助会員 <input type="checkbox"/> 賛助会員（団体）
氏名		
郵便番号		
住所		
電話番号		
F a x		
携帯番号		
メールアドレス		

※ ご登録の内容に変更がある場合は、ファクシミリ、郵送、メールいずれかで下記までご連絡ください。

認定特定非営利活動法人 日本クリニックラウン協会 事務局
〒530-0053 大阪市北区末広町 3-11 天しもビル 3B
TEL : 06-4792-8716 FAX : 06-4792-8746
E-mail: info@cliniclowns.jp <http://www.cliniclowns.jp>

データ変更	年 月 日	変更担当	確認者
-------	-------	------	-----