会員情報変更届

認定ＮＰＯ法人大阪精神医療人権センター　宛

年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　㊞

以下の会員情報について、変更がありましたので、届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変更前 | 変更後 |
| お名前 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| ご住所 | 〒 | 〒 |
|  |  |
| Email |  |  |

＊変更事項に関し、ご記入ください。

以上

|  |  |
| --- | --- |
| **送付先****認定NPO法人****大阪精神医療人権センター** | **F a x**０６－６３１３－００５８**E-mail** advocacy@pearl.ocn.ne.jp**郵送**　〒530-0047　大阪市北区西天満5－9－5　谷山ビル9階 |