

登録変更届・再発行届

日本臨床栄養協会 理事長 殿

以下の通り変更いたします。

依頼日 年 月 日

会員種別	<input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 団体会員 <input type="checkbox"/> 学生会員 <input type="checkbox"/> 学校会員 <input type="checkbox"/> 賛助会員		
フリガナ 氏名	性別		男 ・ 女
	生年月日		(西暦) 年 月 日
会員番号	NR・サプリメントアドバイザー 認定番号		

◆変更する項目にチェック

フリガナ	フリガナ		
<input type="checkbox"/> 新氏名	(旧姓)		
<input type="checkbox"/> 新住所	〒 -		
	TEL - -	FAX - -	携帯Tel - -
<input type="checkbox"/> 登録e-mail			
<input type="checkbox"/> 新勤務先	社名・部署		
	所在地	〒 -	
	TEL - -	FAX - -	

◆再発行希望にチェック

<input type="checkbox"/> 会員証 (ID)	※再発行手数料500円(100円切手5枚を事務局に送付)
<input type="checkbox"/> パスワード (PW)	※再発行手数料500円(100円切手5枚を事務局に送付)
<input type="checkbox"/> 通信教育受講証	※再発行手数料500円(100円切手5枚を事務局に送付)
<input type="checkbox"/> NR・サプリメントアドバイザー資格証	※再発行手数料3,000円(下記口座に振込)

<input type="checkbox"/> 退会	理由:
-----------------------------	-----

※書類はすべてご自宅に送付します。

※再発行は、本申込用紙と手数料の2点を確認後発送致します。

※サプリメントアドバイザー認定カードの再発行には、1ヶ月程度お時間を頂戴いたします。ご了承下さい。

【送付先】

〒153-0044 東京都目黒区大橋2-16-28/パインヒルズ601
日本臨床栄養協会 事務局 宛
TEL:03-3467-0446 FAX:03-3467-0447

【振込先】

銀行名:昭和信用金庫大橋支店[普通1105886]
口座名:日本サプリメントアドバイザー認定機構

事務局記入欄	受付日	データ更新	備考
	年 月 日		