

FAX. 03-5366-2993
 (公社) 日本精神保健福祉士協会 事務局 行

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会 学生会員 変更届

_____年____月____日から以下のとおり、変更いたします。
 (※ご希望の年月日から変更しますので、出来るだけ早く事務局へ変更のご一報をお願いします)

学生会員番号： _____

氏 名： _____

※変更する項目のみ記入してください。

1. 氏 名	(ふりがな)
2. 自宅住所	〒 _____ (マンション、アパート等の名称もご記入ください) 都道 府県
3. 自宅TEL・FAX	TEL _____ FAX _____
4. 携帯電話	
5. E-mail アドレス(※)	@ _____ いずれかに○をしてください→ (PC ・ 携帯)

※ご記入いただいたE-mail アドレスは、メールマガジン配信用にご登録いただくものです。これまでのE-mail アドレスは登録から抹消され、新しいE-mail アドレスのみが登録されます。

※事務局受理日 _____年 _____月 _____日

--	--	--