

◆送付・問い合わせ先

郵送：〒260-8703 千葉市中央区仁戸名町 673 淑徳大学千葉第二キャンパス内
エンボディメントケア看護研究会事務局 佐佐木智絵

E-mail embody.jimu@gmail.com

エンボディメントケア研究会に登録されている内容に変更があった場合、もしくは退会を希望される場合は、下記にご記入の上、郵送またはE-mailでご連絡ください。

変更届・退会届

| | |
|--------------------------|-------|
| 氏名： | 会員番号： |
| 該当する項目に○をつけて下さい。 | |
| 1. 氏名、自宅住所、所属機関、連絡先などの変更 | |
| 2. 退会届 | |

【変更届】

| | | | | |
|------------------|-------|------|----------|-----|
| 変更する項目に○をつけて下さい。 | | | | |
| | 氏名 | 自宅住所 | 所属機関 | 連絡先 |
| 氏名 | | | | |
| 所属機関 | | | | |
| 所属先住所 | 〒 | | | |
| | TEL : | | E-mail : | |
| 自宅住所 | 〒 | | | |
| | TEL : | | E-mail : | |
| | FAX : | | | |

【退会届】

| | | | |
|--------------------------|--|----------------|--|
| 年 月 日付で退会いたします。 | | | |
| 氏名 | | 会員番号 (分かれば) | |
| 理由 (差支えのない範囲で下記にご記入ください) | | | |
| | | | |