

NPO法人 日本ラクテーション・コンサルタント協会（JALC）の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

FAX:022-725-8561

JALC IBCLC 会員 入会申込書（FAX用） *：必須項目

認定初年度*		Certification Number*	L-
氏名*			
フリガナ*			
ローマ字表記*	(名)	(姓)	
郵便番号*	〒		
住所*	都道 府県		
電話番号*			
FAX番号	<input type="checkbox"/> あり：電話と同じ番号 <input type="checkbox"/> あり：電話と異なる番号→FAX番号() <input type="checkbox"/> なし		
メールアドレス*	※JALCからのあらゆるご連絡に使用します。 フリーメールアドレスに関わらず、プロバイダーによってサーバー側にてセキュリティの強化等によりJALCからの大事なご連絡が迷惑メールと判断される場合もあります。 【@jalc-net.jp】を受信できるよう設定をお願い致します。		
JALCからの郵便物送付先(□に☑マークをつけてください。)*	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 ※ご自宅以外の場合、下記に資料送付先、施設名、所属等を明記してください。 ※郵便物を確実にお届けするために、番地、部屋番号等を正確に明記してください。		
資料送付先	〒		
勤務先名称			
職業および資格* (あてはまるもの全てに☑マークをつけ、()内に詳しくご記入ください。)	<input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 産婦人科医師 <input type="checkbox"/> 小児科医師 <input type="checkbox"/> 新生児科医師 <input type="checkbox"/> 看護教員 () <input type="checkbox"/> その他医師 () <input type="checkbox"/> 母乳育児支援団体認定リーダー <input type="checkbox"/> その他 ()		

※ 個人情報保護の観点から、申込書をFAXする際は番号の押し間違いにご注意下さい。

FAX到着後、事務局よりメールにて受領連絡をします。(FAX到着後1週間以内)

※ 年会費の入金確認及び登録事務手続きが終了次第、会員証の発送及びIBCLCの会員専用ページログイン用のID、パスワードを発行します。