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。

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	□ あり：電話と同じ番号 □ あり：電話と異なる番号→FAX番号（　　） □ 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。) ＊	□自宅　□勤務先　□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。)	□助産師 □看護師 □保健師 □看護教員（　　） □その他医師（　　） □母乳育児支援団体認定リーダー □その他（　　）	□産婦人科医師 □小児科医師 □新生児科医師	
一般会員からの移行ですか？ ＊	□はい　□いいえ はいの場合　→　JALC会員番号　　（不明の場合は記入不要）		

※　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。

※ 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頂き、送信後はお手数ですが電話またはメールにて着信の確認をお願いいたします。