

JALC IBCLC 会員 登録内容変更届（FAX 用）

*：必須項目

【現在登録の内容】

JALC 会員No.*		氏名*	
-------------	--	-----	--

【変更ご希望の内容】・・・変更ご希望の内容のみ、記入ください。

氏名		
フリガナ		
氏名のローマ字表記	(名)	(姓)
メールアドレス (※)		
勤務先名称		
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 ※勤務先の場合は施設名、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。	
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	
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"/> 産婦人科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 小児科医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <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 ()	

※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ので、【@jalcn-net.jp】を受信できるよう設定をお願い致します。