

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(※)*	ML 参加中の方は、アドレス変更手続きをスムーズに行うため、現在のウイルスソフトをご記入ください。()
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、【@jal-net.jp】を受信できるよう設定をお願い致します。