

# 変更届

特定非営利活動法人

東京都介護支援専門員研究協議会 理事長 殿

会員登録の内容に一部変更が発生いたしましたので、下記の通り内容変更を申請いたします。

令和  年  月  日

※ 変更項目に印を入れて、変更内容をご記入ください。

氏名  自宅住所  勤務先  E-mailアドレス  送付先  資格等  メールマガ送付

ふりがな							
氏名			会員番号				
自宅	〒						
	TEL	-	-	携帯	-	-	FAX
	E-mail		@				
勤務先	(勤務先名)						
	〒						
	TEL	-	-	FAX	-	-	
	E-mail		@				
郵送物の希望送付先			自宅・勤務先				
資格等	介護支援専門員証番号	(有・無)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	専門員証交付年月日(更新日)	西暦	年	月	日		
	登録都道府県		主任資格	有・無			
メールマガジン	希望する(自宅・勤務先) ・ 希望しない						
勤務先から会費の自動引落をされている方			自動引落先変更		有・無		
※ 有に○をされた方には、新しい口座引落依頼書をお送りします。							
※ 引落口座がご不明な場合は事務局までお問い合わせください。							

東京都介護支援専門員研究協議会      FAX 03-3556-1543

※ 事務局記入欄(この欄には記入しないでください。)

変更確認年月日	
会員番号	

〒102-0072 東京都千代田区飯田橋2-9-3 10階 TEL 03-3556-1541 E-mail : info@cmat.jp http : //cmat.jp/
--

# 退 会 届

特定非営利活動法人  
東京都介護支援専門員研究協議会 理事長 殿

私は、特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会を、退会いたしたく届けます。

令和 年 月 日

氏 名		姓	名
	フリガナ		
	漢 字		
性 別			
会員番号			

自 宅又は 勤務先住所	郵便番号	
	都道府県名	
	住所	

※氏名・住所は必須です。

退会理由 : 差支えなければご記入ください

※ 事務局記入欄(この欄には記入しないでください。)

変更確認年月日	
会員番号	