

**FAX送信票**

会員番号・会員氏名（フリガナ）・会誌通信先は必ずご記入下さい。  
 上記項目以外は**変更項目欄のみ**ご記入の上お知らせ下さい。

TO 0466-90-4552 NPO 法人バイオフィリア リハビリテーション学会 会員サービス担当 (電話 0466-90-4500)
---

発信日 年 月 日

**変更通知（会員原簿修正用）**

会員番号	フリガナ		学会誌 通信先 ○で指定→	勤務先
	氏名			自宅
				団体扱 (No. )
勤務先	〒			
	社名		職名	
	部課名		TEL	
	TEL		FAX	
自宅住所	〒			
	TEL		FAX	
E-Mail				
卒業学校／学科				
卒業年次		年 月 (卒業・修士修了・博士修了)		
通信欄				
部会・研究会 参加希望				