

「日本臨床倫理学会」変更届  
 (施設・団体会員用)

変更方法につきましては、Fax または E-mail にて必ず事務局までお知らせください。

日本臨床倫理学会 施設・団体記入欄 (\*印は必須)

変更日： 年 月 日

施設・団体名* (正式名称)	フリガナ		
	印		
施設・団体* 代表者名	フリガナ		
設立年月日	年 月 日	職員数：	収容定員：
事業内容			
専門分野 名称	*該当するものの□内にチェックをしてください。該当がない場合は「その他」の( )内に記入 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護支援センター <input type="checkbox"/> 病院・クリニック <input type="checkbox"/> NPO 法人 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
住所/連絡者 (連絡者は登録される 3人の中から1名)	〒 —		
	連絡者氏名：		
	TEL：		FAX：
	E-mail：		
登録者名 (登録する3人の氏名)	1. (フリガナ )		
	2. (フリガナ )		
	3. (フリガナ )		

学会事務局記入欄：	受領日	担当