FAX.03-5315-9358

成人発達障害支援学会　会員登録事項　変更届

■ 登録者名・登録団体名（必ずご記入ください）

登録者名 登録団体名		会員種別	正会員 ・ 賛助会員 ・ 団体会員

下記のとおり変更を願います 年　　月　　日	**該当する番号をご記入ください[　　]**（複数選択可） 1. 所属機関・自宅などの名称/所在地/住所に関する変更 2. 電話番号・メールアドレスなど連絡先の変更 3. 登録者の変更 （団体会員のみ） 4. その他の変更 5. 退会

（※参照のため、「旧登録事項」は必ずご記入ください。 また枠内に収まらない場合は4に追記をお願いします）

1．所属機関・自宅などの名称/所在地/住所に関する変更

名称	（旧:　　）
所在地/住所	

2．電話番号・メールアドレスなど連絡先の変更

TEL	（旧:　　）
E-mail	（旧:　　）
FAX その他	（旧:　　）

3．登録者の変更（団体会員のみ）

登録者	氏名:	（旧登録者:　　）
	生年月日:	職種:
	E-mail:	

4．その他の変更

変更項目 （　　）	（旧:　　）　　※（ ）内に変更項目をご記入ください

5．退会届（※ 会費完納の上ご提出ください）

年　月　日をもって退会いたします	退会理由:

成人発達障害支援学会事務局
昭和大学発達障害医療研究所（烏山病院内）
〒157-8577　東京都世田谷区北烏山 6-11-11
FAX:03-5315-9358
E－mail: seijinoffice@gmail.com