

# 変更申請書

申請日 年 月 日

一般社団法人  
**日本治療協会 御中**  
 F A X 03 -5289 -8173

会 員 I D	H										
申請者名											
連絡先電話番号											

以下の通り登録内容の変更を申請いたします。

**\* 変更する会員名または代行団体名を記入してください。(申請者と同じ場合は記入不要です)**

変更対象者 または団体	H											対象者氏名 または団体名	
----------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------	--

**\* 変更する項目のみを記入してください。**

変 更 項 目		変 更 前		変 更 後	
氏 名	フリガナ	フリガナ		フリガナ	
ご自宅	住 所	〒		〒	
	電話番号				
	F A X 番号				
勤務先	名 称	フリガナ		フリガナ	
	住 所	〒		〒	
	電話番号				
	F A X 番号				
会員種別 該当コースに をつけて下さい	国 家 資 格	民間資格	国 家 資 格	民間資格	
	正会員 A	準会員	正会員 B	正会員 A	準会員 正会員 B
所有資格に をつけてください( 柔道整復師・鍼師・灸師・按摩マッサージ指圧師 )					
支払方法	ご希望の番号に をつけてください。 1. 「分割払」から「一括払」へ変更      2. 「一括払」から「分割払」へ変更				
送付先	ご希望の番号に をつけてください。 1. 「自宅」から「勤務先」へ変更      2. 「勤務先」から「自宅」へ変更				

\* 支払区分の変更(個人払 団体払等)は退会および再入会の手続が必要となります。

\* 登録口座の変更は専用用紙の提出が必要となります。(本紙では受付できません)

\* 郵送の場合は以下の住所にお送りください。

〒101-8691  
 日本郵便神田支店 私書箱46号  
 一般社団法人 日本治療協会 事務局  
 TEL03-5289-8171 FAX03-5289-8173

J H A 事務局使用欄		
受 付	処 理	
HP 書式		