

日本タッチケア協会 施設会員登録変更届け

該当箇所へご記入およびシ点を付けて下さい。

申し込み日 20 年 月 日

下記のすべてが必須項目です。空欄の場合は受付できませんので、ご注意ください。

ふりがな:

*ふりがなをお忘れの場合お名前登録できません。

1. 登録施設: _____ *登録名となります。漢字の間違いなど気をつけください。

連絡先: 施設 *郵送物のあて先です。明確にお書きください。

ご住所: 〒 _____ 都道府県 _____

TEL: _____ FAX: _____

担当者の方がいる場合 登録以外の担当者のお名前 _____

E-mail アドレス: _____ @ _____
(メルマガ配信用 PC からの配信が受け取れるアドレス)

	変更(削除)される方の お名前	ふりがな	資格
1			
2			
3			
4			
5			

	新規登録される方の お名前	ふりがな	資格
1			
2			
3			
4			
5			

注意事項<重要>

- 職業、資格、所属(無い場合はその理由)が空欄では受付できません。
- 入会資格は、専門家、赤ちゃん子どもに携わる職業をお持ちの方です。一般の方は、申し訳ございませんが対象外です。
- 確認不明な場合は、お電話を差し上げる場合もございます。
- 登録のお名前は、いつでも変更できます。但し、指導者認定資格は、変更の際失効いたします。(個人会員への変更できます)

<事務局使用欄>

お問合せ先 : 日本タッチケア協会
 〒110-0011 東京都台東区三ノ輪 2-8-2(株)プチプレスト内
e-mail : info@touchcare.net
HP : http://www.touchcare.net

会員 No.	入金日