

特定非営利活動法人 日本個人・医療情報管理協会 御中

## 変更届出書

会員種別	正会員      法人会員      特別会員      賛助会員      ※○で囲んでください。		
氏 名 (法人名)	フリガナ		
	漢 字		
性 別	男 / 女	生年月日	(西暦)      年      月      日
住 所	フリガナ		
	〒	※正会員は自宅住所をご記入ください。	
連絡先	TEL	(自宅/会社)	
	FAX	(自宅/会社)	
	携帯電話		
	E-Mail		

※本個人情報には会員管理・名簿作成・連絡に使用いたします。

※本届出書は、下記事務局までメール、又は 郵送にてご送付ください。

※変更の承認については、上記の連絡先にメールにて返信いたします。

■ 申込書送付先 (郵送)

日本個人・医療情報管理協会 (JAPHIC) 事務局  
〒113-0033 東京都文京区本郷 2-3-15 元町館 2F  
電話 03-5615-8180 FAX 03-5615-8139  
E-Mail [info@japhic.or.jp](mailto:info@japhic.or.jp)

事務局使用欄 (記入しないでください)		
受理日	年 月 日	(記録)
承認日	年 月 日	