

平成 年 月 日

会員校情報変更届

学 校 名: _____

会員校コード: _____

変 更 日: 平成 年 月 日付

下記変更事項に○をつけ、変更箇所のみご記入ください。(変更されない箇所は記入する必要はありません。)

変更項目 ○印	項 目 (新)	変更内容(変更後を記入、ただし、氏名は変更前もご記入ください。)
	校 名	変更前: 変更後:
	学 科	変更前: 変更後:
	ご 担 当 者	変更前: 変更後:
	ふ り が な	
	新 所 在 地	〒
	新電話番号	
	新 FAX 番号	
	新 E-mail	
備 考		

* 送付状はつけないでください。

協議会事務局宛てに、FAX(03-5675-7078)または郵便にてお送り下さい。

送付先: 一般社団法人医療秘書教育全国協議会 事務局
〒134-0084 東京都江戸川区東葛西6-7-5 滋慶ビル
TEL:03-5675-7077 FAX:03-5675-7078
E-Mail: ms.isi@isis.ocn.ne.jp