

郵送にてご提出ください  
(FAX, E-mail 不可)

受領日	年 月 日	担当者	
-----	-------	-----	--

## 一般社団法人日本認知症ケア学会 会員登録事項変更届および退会届

提出年月日： 年 月 日

必須	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		会員番号	4桁または5桁
			専門士番号	

### I. 住所等変更届 (変更がある項目のみ記入してください)

フリガナ 氏名 【変更後】		【認知症ケア専門士の方へ】 本変更届で、専門士の住所変更等を行うことができます。専門士の方は必ず専門士番号をご記入ください。専門士番号の記入がない場合、変更することができません。
書類等送付先/連絡先	1. 自宅                      2. 勤務先                      *いずれか1つに○印を付してください。	
勤務先名称	例) ××法人×××会特別養護老人ホーム×××× <input type="checkbox"/> 勤務先住所の変更なし (名称のみ変更) <input type="checkbox"/> 勤務先名称・住所等の削除希望	
勤務先住所	〒 _____	
	TEL :	FAX :
	E-mail :	
	URL :	
自宅住所	〒 _____	
	TEL :	FAX :
	E-mail :	

### II. 年会費の支払い方法の変更 (希望するものに○印/変更希望がない場合は記入不要)

学会 HP「年会費支払用クレジットカード情報登録・変更」画面より変更してください。  
\*「クレジットカード→郵便振替」に変更希望の場合、登録カード情報を削除してください。

### III. 学会退会届 (退会日の選択(いずれかの口欄にレ印)・署名捺印してください/注意事項を必ず確認してください)

次のとおり、一般社団法人日本認知症ケア学会を退会いたします。また、未納分の年会費がある場合、支払います。

- 20\_\_\_\_年\*2 3月31日退会 (退会日まで送付物あり)  
 退会届を理事長が受理後、退会 (受理後、送付物停止)

署名 \_\_\_\_\_ 印

#### 【注意事項】

- \* 1 退会希望年度の3月31日までに退会届の提出がない場合、翌年度の退会となる場合がございます。
- \* 2 過去に遡って退会することはできません。提出年度以前の記入があった場合、提出年度末が退会日となります。また、退会日の未選択、退会年の未記入があった場合も、提出年度末が退会日となります。
- \* 3 本退会届は、一般社団法人日本認知症ケア学会の退会以外に使用することはできません。