

日本保険・年金リスク学会（JARIP）会員登録変更届出書（法人用）

以下の会員登録内容について [**変更・退会**] を届出ます。

【必須】届出日 (西暦) 年 月 日

【任意】変更・退会 希望日 (西暦) 年 月 日

法人名（変更前）： _____

届出者所属： _____

届出者氏名： _____

届出者連絡先：電話番号 _____ 内線 _____

またはE-mail _____ @ _____

変更内容（変更部分のみ記載）

フリガナ	
法人名	
代表者名	
口数	口（1口 50,000円）

担当者の氏名・連絡先等

氏名	
所属部署	
住所	〒
電話番号	
FAX番号	
E-Mail	

その他 連絡事項

以上

【送付先】郵送・FAX・メールのいずれかにて、「JARIP事務局」宛にお届けください。

住所：〒104-0033東京都中央区新川2- 22-4 新共立ビル2F

電話番号：03-3551-9894

FAX：03-3553-2047

Mail：office@jarip.org