

**日本保険・年金リスク学会（JARIP）会員登録変更届出書（個人用）**

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

姓名 \_\_\_\_\_ (旧姓名 \_\_\_\_\_ )

カナ \_\_\_\_\_ (カナ \_\_\_\_\_ )

**変更内容** (変更部分のみ記載)

会員種別 (正会員・学生会員)

学会からの資料送付先 ( 所属・自宅 ) いずれか一方に○

E-mailアドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

所属 \_\_\_\_\_

所属先住所 〒 \_\_\_\_\_ 都道府県 \_\_\_\_\_ 市町村 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

自宅住所 〒 \_\_\_\_\_ 都道府県 \_\_\_\_\_ 市町村 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**その他 連絡事項**

【送付先】郵送/FAX/メールにて、「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**

E-Mail : **office@jarip.org**