

記入日： 年 月 日

一般社団法人 日本美容医療リスクマネジメント協会 宛

「加入内容 変更依頼書」(施術医コース)

下記の通り、「美容医療・医師賠償補償制度」の加入内容の変更を依頼します。

会員番号：	変更日： 年 月 日
-------	------------

(記入日以降の日付をご記入ください)

■施術医（勤務医）コース：＜現在＞の加入者をご記入ください。

加入者	氏名：
-----	-----

以下、変更をご希望する項目の□へチェックのうえ、変更後の内容をご記入ください。

加入者	<input type="checkbox"/> 氏名（改姓等）	フリガナ：
	<input type="checkbox"/> 住所	〒
	<input type="checkbox"/> TEL：	
	<input type="checkbox"/> FAX：	
	<input type="checkbox"/> E-mail：	
	<input type="checkbox"/> 主な勤務先名	フリガナ：
	<input type="checkbox"/> 勤務先の住所	〒
<input type="checkbox"/> 勤務先のTEL		

★ご提出について

本紙『加入内容変更依頼書（施術医コース）』は協会宛 [メール送信] または [FAX送信]をお願いいたします。

※メールやFAX送信ができない場合はご郵送をお願いいたします。

【ご連絡先】

一般社団法人 日本美容医療リスクマネジメント協会
〒102-0083 東京都千代田区麹町1-6-6 プルミエ麹町ビル7F
TEL：03-6380-4771
FAX：03-6893-6500
E-mail：jamla@biyoukyosai.jp

*当協会は個人情報を取り扱うにあたりその利用
目的を協会事業に限定します。
ご本人の同意なく同利用目的の達成に必要な範
囲を超えて取扱うことはありません。
詳しくはHPの「個人情報保護方針について」
をご覧ください。

20230701 (Ver1.0)