

**NPO法人**

**Osaka Sleep Health Network変更届**

記入日　平成　　年　　月　　日

★変更箇所を赤字でご記入下さい★

★会員番号は会員証に書いてありますので、できる限りご記入下さい★

|  |  |
| --- | --- |
| **会員番号** |  |
| **ふりがな** |  |
| **氏名**  **（団体の場合は**  **連絡先となる代表者名）** |  |
| **団体名**  **（団体賛助会員のみ記入）** |  |
| **会員種別**  **（該当箇所に○印）** | **正会員　 賛助会員（個人）　 賛助会員（団体）　スリープ･アソシエイツ** |
| **職業･職種** |  |
| **自宅連絡先**  **（団体賛助会員は**  **不要）** | **〒** |
| **住所：** |
| **TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：** |
| **e-mail：** |
| **勤務先**  **（団体賛助会員は**  **団体所在地と連絡先となる方のe-mail address）** | **名称：** |
| **〒** |
| **住所：** |
| **TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：** |
| **e-mail：** |
| **郵便物とe-mailの送り先**  **（該当箇所に○印）** | **自宅 　　　　　勤務先（団体所在地）** |
| **その他連絡事項** |  |

郵送先：

〒541-00441 大阪市中央区伏見町2-6-4吉田一閑ビル3F

(株)アイムスタイル内

NPO法人　大阪スリープヘルスネットワーク事務局