



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 大阪府中央区伏見町 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