NPO法人　日本ラクテーション・コンサルタント協会（JALC）の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

FAX:022-725-8561

JALC　IBCLC 会員　入会申込書（FAX用）

＊：必須項目

認定初年度＊		Certification Number＊	L-
氏名＊			
フリガナ＊			
ローマ字表記＊	（名）　　（姓）		
メールアドレス＊			
	※JALCからのあらゆるご連絡に使用します。 【@jalc-net.jp】を受信できるよう設定をお願い致します。 サーバー側のセキュリティ強化等により迷惑メールと判断される場合もあります。		
資料送付先＊	□自宅　□勤務先　□その他 ※ご自宅以外の場合、下記に施設名、所属等を明記してください。 ※郵便物を確実にお届けするために、番地、部屋番号等を正確に明記してください。		
資料送付先住所＊	〒 都　道 府　県		
電話番号＊			
FAX番号	□ あり：電話と同じ番号 □ あり：電話と異なる番号→FAX番号（　　） □ なし		
勤務先名称			
職業および資格＊ （あてはまるもの全てに☑マークをつけ、（　）内に詳しくご記入ください。）	□助産師　□看護師　□保健師 □産婦人科医師　□小児科医師　□新生児科医師 □看護教員（　　）　□歯科医師 □その他医師（　　）　□家庭医 □母乳育児支援団体認定リーダー □その他（　　）		

※ 個人情報保護の観点から、申込書をFAXする際は番号の押し間違いにご注意下さい。
FAX到着後、事務局よりメールにて受領連絡をします。(FAX到着後１週間以内)

※年会費の入金確認及び登録事務手続きが終了次第、会員証の発送及びIBCLCの会員専用ページログイン用のID、パスワードを発行します。