


◎この変更届は郵送でお送りください。

送付先：〒101-0051 東京都千代田区神田神保町1丁目58番 パピロスビル6階
一般財団法人日本土壌協会 土壌医検定事務局 登録係 宛て

土 壌 医 検 定 資 格
登録内容変更届

変更する項目を記入してください。必須項目は変更の有無に関わらずご記入ください。

記入日(必須)：20 年 月 日

資格名(必須)	土 壌 医 ・ 土 づ くり マ ス タ ー ・ 土 づ くり ア ド バ イ ザ ー												
登録番号(必須)													
フリガナ(必須)													
氏 名(必須)													
生年月日・性別(必須)					年				月			日	男・女
現住所	郵便番号					-							都・道 府・県
	<small>(市区町村以下)</small>												
電話番号・FAX番号	固定電話:						FAX:						
	携帯電話:												
電子メールアドレス	注)携帯電話メールでご登録の方は、事務局からのお知らせメールが受信できますよう(*@doiken.or.jp)(*@soil-doctor.net)からの受信許可の設定をお願いいたします。												
	「土壌医ネットワーク」のIDを新規に取得したい方は ○ を IDを消去したい方は × を右枠に記入してください  ※申請時にメールアドレスの記載があった方については自動的にIDを付与しています												

所属の会社名 学校名等	所属名: 〒
上記所属の電話番号	TEL:

その他 通信欄	
------------	--

●変更内容の反映は、事務局に届いてから数日間のお時間を要しますのでご了承ください。