



さい帯血保管 各種変更届

住所等の変更の際は、この用紙にご記入のうえ、ファックスまたは郵送でお送りください。
折り返し確認のご連絡をさせていただきます。

現登録内容（必須）

記入日： 年 月 日

ユニット番号	
ご契約者氏名	(フリガナ)
お子さま氏名	(フリガナ)

登録変更内容（変更項目のみ、□にチェックをいれてご記入ください。）

ご契約者氏名 <input type="checkbox"/>	(フリガナ)
お子さま氏名 <input type="checkbox"/>	(フリガナ)
住所 <input type="checkbox"/>	〒 (都道府県)
	(フリガナ)
	(マンション・ビル名, 部屋番号も省略せずご記入ください)
電話番号 <input type="checkbox"/>	
連絡事項	

※個人情報については、個人情報の保護に関する法律および弊社の個人情報守秘規約に則り、お客様の断りなく第三者に開示することはありません。

送付先住所： 〒174-0051
 東京都板橋区小豆沢 2-20-10
 株式会社アイル 再生医療研究センター
 アイル臍帯血ファミリーバンク

FAX: 03-3967-6173
 電話: 0120-963-312（フリーダイヤル）
 e-メール: info@saitaiketsu.com