

日本栓子検出と治療学会

変更届

会員番号 ※	
確認 ※	年 月 日

記入日（西暦）	年 月 日
会員の種類（○印）	正会員 賛助会員

ローマ字		性別	男 女
フリガナ			
氏名		生年月日（西暦）	年 月 日
自宅住所	〒		
	TEL : FAX :		
職業	1. 医師・研究者 2. コ・メディカル 3. 学生・その他（ ）		
所属機関		役職等	
所属機関の所在地	〒		
	TEL : FAX :		
連絡先	1. 勤務先 2. 自宅 (一方に○印)		
E-mail アドレス			
連絡事項	<input type="checkbox"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> 改姓 <input type="checkbox"/> 自宅住所変更 <input type="checkbox"/> 勤務先変更 <input type="checkbox"/> その他		

記入時の諸注意

- ・太枠線内の各欄に楷書（黒色のペンまたはボールペン）でご記入下さい。
- ・※欄は事務局記入欄ですので記入の必要はございません。

日本栓子検出と治療学会事務局

TEL 025-227-2244 FAX 025-227-0780