

日本臨床救急医学会 変更届

(F A X : 03-3380-8627)

届出日： 年 月 日

- ※ 訂正がある項目の変更箇所欄に○印をおつけください。
- ※ 会員番号及び氏名は必ずご記入ください。

| | | |
|-------|-------------|--|
| 変更箇所 | 会員番号 | (例：1-D0001) |
| | ふりがな 氏 名 | |
| | 卒業学校 | (年卒) |
| | 勤務先施設名 | |
| | 所属科名 | |
| | 勤務先所在地 | 〒 TEL _____ FAX _____ E-mail _____ |
| | 自宅住所 | 〒 TEL _____ FAX _____ E-mail _____ |
| | 雑誌送付先 | 勤務先 ・ 自 宅 |
| 【通信欄】 | | |

郵送先：日本臨床救急医学会事務所
〒164-0001 東京都中野区中野 2-2-3 (株) へるす出版事業部内