

FAX : 03-5291-2176

日本創傷外科学会

～住所等変更連絡用紙～

勤務先/自宅住所変更・送付先変更等、ご登録内容の変更は、この用紙に会員番号、氏名、生年月日、性別、郵便物送付先、送信年月日、変更事項を明記の上 FAX にてご連絡ください。
尚、ご変更には数週間かかる場合がございますので、ご了承ください。

送信年月日 年 月 日

会員番号	S	W	-				
------	---	---	---	--	--	--	--

フリガナ												
氏名												
生年月日	1	9		年		月		日	性別	男	・	女

連絡先	1. 勤務先	2. 自宅
-----	--------	-------

連絡先(送付先)をご指定下さい

勤務先変更

名称	所属部署： (職名)												
	〒			-								(都・道・府・県)	
所在地													
	TEL:	(内線: 直通)						FAX:					
	E-mail:												

自宅変更

自宅	〒			-								(都・道・府・県)	
	TEL:							FAX:					
	E-mail:												

通信欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--