

FAX : 03-5291-2176

E-mail : jsswc@shunkosha.com

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、事務局までご連絡ください。  
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)										
	〒		—								
所在地	TEL: (内線: ・直通) FAX:										
	E-mail:										

### ■自宅変更■

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

### ■通信欄■

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