

# 登録事項変更届

記入日 令和 年 月 日

※該当する項目に✓を記入してください

- 勤務先変更                      改 姓・名                      退会  
自宅住所変更                    送付先変更                    その他 (                    )

\* 太枠内(必須事項)は必ずご記入くださいますようお願い致します。

\* 略字等を使わず楷書にてご記入ください。

(注)会員番号：封筒に記載

会員番号			
ローマ字			
氏名	姓	名	
旧姓名		診療科目	皮膚科・小児科・(                    )

自宅住所	〒		
自宅 TEL		自宅 FAX	
旧自宅住所			
勤務先住所	〒		
勤務先 TEL		勤務先 FAX	
勤務先名称	(役職)		
旧勤務先名称			
送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅		
e-mail			
退会届	年 月 日をもって退会いたします。		
退会事由			
特記：			

\* 個人情報保護法に基づき本学会事業以外の目的には使用いたしません。

返信先：日本小児皮膚科学会事務局

〒169-0072 東京都新宿区大久保2-4-12新宿ラムダックスビル9階 株式会社 春恒社

TEL：03-5291-6231 FAX：03-5291-2176

日本小児皮膚科学会 事務局 jspd-office@shunkosha.com

\*この頁はコピーをしてお使いください。