

登録事項変更届

記入日 令和 年 月

※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いたします。

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	〒		
連絡先 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 - m a i l			
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