

会員情報変更届

学会に登録の住所等の変更はこの用紙をご利用ください。

会員番号、ご氏名、生年月日、性別、記入年月日を明記の上、変更事項をご記入いただき、郵送またはファクシミリにてご返送ください。

記入年月日 年 月 日

ご氏名*		生年月日 (西暦)	19	年	月	日
------	--	--------------	----	---	---	---

*名義(名字)を変更の場合は、備考欄に旧姓をご記入ください。

性別*	男	女	郵便物の発送先*	学内	所属先	自宅
-----	---	---	----------	----	-----	----

*該当するものを○で囲んでください

所 属 先	所在地	〒																		
	名称																			
	職名																			
	TEL	()	FAX	()														
e-mail address																				

現 住 所	所在地	〒																		
	TEL	()	FAX	()														
e-mail address																				

備考欄																			
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

◎ その他連絡事項がありましたらご記載ください。

個人情報保護のため FAX 誤送信にご注意ください

FAX 機の種類により、番号の頭に「0」ゼロをつける必要があります。機種をご確認の上、FAX を送信してください。

慶應医学会

TEL : 03-5363-3736

FAX : 03-5361-7091

Email : keio-igakkai@imic.or.jp