

FAX: 03-5291-2176

日本外来小児科学会 変更・退会届出書

送信日 年 月 日

変更項目	※該当する項目に○をつけてください 1) 勤務先変更 2) 自宅住所変更 3) 送付先変更 4) 会員区分変更 5) 改 姓・名 6) 退会		
会員番号	534	会員区分	1) 正会員 A (医師または歯科医師) 2) 正会員 B (上記以外) 3) 賛助会員 (個人・法人)
氏 名	フリガナ _____ (旧姓・名 : _____)		
郵便送付先	1) 勤務先 2) 自 宅 3) 学会誌不要		
勤 務 先	勤務先		
	〒 _____ TEL: _____ - _____ FAX: _____ - _____ E-Mail : _____ @ _____		
自 宅	〒 _____		
	TEL: _____ - _____ FAX: _____ - _____ E-Mail : _____ @ _____		
退 会 届	_____ 年 _____ 月 _____ 日をもって日本外来小児科学会を退会いたします。 ご署名 : _____ 印 ※差し支えなければ下記通信欄に退会理由をお書きください		
事務局への 通信欄			

会員番号、ご氏名以外は、変更部分のみご記入ください。