**日本外来小児科学会　変更届**

下記に必要事項をご記入のうえ事務局宛に**メールにて、Word**のままお送りください。

なお、ご変更に１週間以上かかる場合がございますので、ご了承ください。

メール送信先：gairai-shounika@shunkosha.com

|  |
| --- |
| 提出日：　　　　年　　月　　日  |
| フリガナ |   | 会員番号 | ※不明の場合は空欄でご提出ください   |
| 氏　名**※記入必須** |   |
| 生年月日**※記入必須** | 西暦年　　月　　日  |
| ローマ字 |   |
| 会員区分 |  ☐　正会員Ａ（医師または歯科医師） ※いずれかご選択ください​　☐　正会員Ｂ（上記以外） ☐　賛助会員（個人・法人） |
| 書類送付先 | ​​ ☐　勤務先　　​☐​　自宅　 　　　　※どちらかご選択ください  |
| E-mail①**※記入必須** | 　  |
| E-mail② | 　  |
| 勤務先 名称・部署 |   |
| 勤務先所在地 | 〒  TEL 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　内線 　　　　　　　FAX  |
| 自宅所在地 | 〒  TEL 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX  |
| **事務局への****通 信 欄** |  |