

日本肝胆膵外科学会 住所等変更連絡用紙

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(送付物の宛名下部に印字された3桁-3桁-4桁の数字)、氏名、生年月日、性別、送信年月日を明記のうえ、変更事項をご記入いただき、このままファクシミリまたは郵便等にてご連絡ください。

送信年月日 年 月 日

会員番号	5 2 2 - . . . - 	会員種別	
------	---	------	--

	姓	名
ローマ字		
フリガナ		
氏 名		
生年月日	1 9 . . . 年 . . . 月 . . . 日	性別
		男 . 女

* いずれかを○で囲んでください。

連絡先(送付先)*	所属機関 . 現住所		旧姓
-----------	----------------	--	----

所属機関 名 称		所属部署
所属機関 所在地	〒 . . . - 	職 名
	TEL :	(内線 : . 直通)
	E-mail :	
現住所 (自宅)	〒 . . . - 	
	TEL :	FAX :
	E-mail :	

■ 専門情報 ■

専 門 分 野	<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆道 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 移植 <input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> その他 (複数選択可)
------------	---

備 考	
-----	--

◎ 会員の姓変更や退会希望、その他連絡事項がありましたら備考欄にご記載ください。