日本女性骨盤底医学会　変更届
（個人一般会員用）

会員番号

こちらの用紙は個人用です。企業所属の方は「賛助会員」用紙にてお申込み下さい。

事務局記入欄	S	E	F
	済・未	済・未	済・未

年　　月　　日

※印は必須事項です。ご記入頂きますようお願い致します。

変更があった項目へチェックを入れて下さい。

☐ 氏名　　☐ E-mail　　☐ 連絡先の指定

☐ 所属　　☐ 自宅

	姓	名	※ 連 絡 先
※フリガナ			所属先　・　自宅
※姓　名			＊学会誌や学会開催案内の送付先となります。
※旧　姓	（フリガナ:　　）		（改姓された場合は旧姓をお知らせ下さい。）
※E-mail	@		

◆ 所 属 機 関 ◆

※機関名			
※部署名	産婦人科　・　泌尿器科　・　外科　・　その他（　　）		
※住　所	〒　　—		
※TEL	—　　—	FAX	—　　—

◆ 自　宅 ◆（※連絡先にご自宅を選択された方は必ずご記入下さい。）

住　所	〒　　—		
TEL	—　　—	FAX	—　　—

変更届　送付先　・　お問い合わせ先			
住所	〒545-8585　大阪府大阪市阿倍野区旭町1-4-3 大阪市立大学大学院医学研究科　女性病態医学講座内 日本女性骨盤底医学会　事務局　宛	TEL	06-6645-3862
		FAX	06-6646-5800