

日本女性骨盤底医学会 変更届 (賛助会員用)

会員番号

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。 <input type="checkbox"/> 担当者 <input type="checkbox"/> 所属機関連絡先
--

◆ 所属機関 ◆

※機関名			
※部署名			
※住所	〒	—	
		
		
※TEL	—	—	※FAX — —
代表者名			

◆ 新・ご担当者様 ◆

※フリガナ	姓	名	※TEL(携帯)
※姓名			— —
※E-mail	@		
			職名

◆ 旧・ご担当者様 ◆

※フリガナ	姓	名	変更届が受理されるまで、旧ご担当者様のお名前で賛助会員登録がされております。ご注意ください。
※姓名			

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