

登録事項変更届

記入日 平成 年 月 日

(注) 太枠内 (必須事項) は必ずご記入下さいますようお願い致します。また、略字等を使わず楷書にてご記入下さい。

会員番号		(注)ラベルの数字をご記入下さい。
ローマ字		
ふりがな		
氏名	姓	名
旧姓名	(注)氏名変更のあった方のみ	
生年月日	西暦 年 月 日生	
診療科目	小児科・内科・その他()	
送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	
HP掲載	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない (注)A 会員のみご回答下さい。	

(注) 変更のあった項目のみご記入下さい。個人情報の登録をご希望でない場合は、該当欄に『登録を希望しない』とご記入下さい。但し、送付先に指定された住所を非登録とする事は出来ません。

ご所属の都道府県 小児科医会	都 道 府 県	小児科医会	(注)都道府県小児科医会にご所属でない先生は「日本」とご記入下さい。	
会員区分	<input type="checkbox"/> A会員 年会費 20,000 円 (開業及び小児科の責任者・管理者として勤務されている先生) <input type="checkbox"/> B会員 年会費 8,000 円 (上記以外の病院等に勤務されている先生)			
自 宅	ふりがな			
	住所	〒		
	TEL.	—	—	FAX. — —
	旧住所			
勤 務 先	ふりがな			
	施設名称	(役職)		
	旧施設名称			
	ふりがな			
	住所	〒		
TEL	—	—	FAX. — —	
E-Mail <input type="checkbox"/> PC ・ <input type="checkbox"/> 携帯	(注)大文字小文字等の区別を正確にご記入下さい。			
退 会	(注)後日退会届をお送り致します。年度末退会は当該年度会費を納入された方に限ります。 <input type="checkbox"/> 即日退会 ・ <input type="checkbox"/> 年度末退会(3月31日付 ※会費完納者のみ)			
退会事由				
特記:				

返信先：公益社団法人 日本小児科医会事務局

【郵送】〒160-0023 東京都新宿区西新宿 5-25-11-2F

【FAX】03-5308-7130