

日本外傷学会 変更届書

フリガナ		卒業年度	西暦	年 (昭和・平成	年)
氏名					
変更項目	1. 勤務先 2. 自宅 3. 送付先	申請日		年	月 日
フリガナ					
勤務先	(大学, 病院)				科
職種	1. 医師 2. その他 ()				
勤務先住所	〒 - 都道府県 市町村郡				
TEL () (内線)	E-mail				
FAX ()					
自宅住所	〒 - 都道府県 市町村郡				
	TEL ()	FAX ()			
会誌の送付先	1. 勤務先 2. 現住所				
通信欄 (事務局へ申し送り事項がある場合は記入して下さい。)					
会員番号	-				
事務局記入欄 (ここには何も記入しないで下さい。)		変更処理日	年	月	日

日本外傷学会事務局行
FAX 03-5291-2176

