

一般社団法人 近畿背髄外科研究会

登録情報変更届

お名前(ふりがな)を明記の上、変更したい事項をご記入いただき、メールまたはFaxにてご連絡下さい。
以下の通り申請いたします。

届出区分		登録情報変更届 ・ 退 会 届			
		※該当項目を選択してください。			
ふりがな					
氏 名					
勤務先	名称				
	所属科		役職名		
	〒	住 所			
	☎		Fax		
	mail	@			
自宅	〒	住 所			
	☎		携帯		
	mail	@			
送付先 (○で囲んで下さい)		勤務先 ・ 自宅 ・ その他			
e-mail送信先 (○で囲んで下さい)		勤務先 ・ 自宅			
その他	〒	住 所			
	☎		事由		
変更年月日		年 月 日付けで変更します。			
退会届		年 月 日付けで退会します。			
その他 連絡事項					