※該当する項目に✓を記入してください

記入日　令和　　年　　月　　日

□勤務先変更　　　　　　　□改　姓・名　　　　　　□退会

□自宅住所変更　　　　　　□送付先変更　　　　　　□その他（　　　　　　）

**登録事項変更届**

＊太枠内（必須事項）は必ずご記入くださいますようお願いいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 自宅住所 | 〒 | | |
| 自宅TEL |  | 自宅FAX |  |
| 旧自宅住所 | 〒 | | |
| 勤務先住所 | 〒 | | |
| 連絡先TEL |  | 勤務先FAX |  |
| 勤務先名称 | （役職） | | |
| 旧勤務先名称 |  | | |
| 送付先 | □勤務先　　　　□自宅 | | |
| e-mail |  | | |
| 退会届 | 年　　月　　日をもって退会いたします。 | | |
| 退会事由 |  | | |
| 特記： | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 |  |  |  |
| ローマ字 |  |  | |
| 氏名 | 姓 | 名 | |
| 旧姓名 |  | 診療科目 | 皮膚科・小児科・（　　　　） |

**返信先：日本小児皮膚科学会事務局**

〒169-0072　東京都新宿区大久保2-4-12新宿ラムダックスビル９階　株式会社 春恒社

TEL：03-5291-6231　FAX：03-5291-2176

日本小児皮膚科学会 事務局　jspd-office@shunkosha.com

＊個人情報保護法に基づき本学会事業以外の目的には使用いたしません。