日本褥瘡学会関東甲信越地方会

# 登録変更・退会　届書

年　　月　　日

１．登録情報変更　　２．退会　　（どちらかに○印をつけてください）

【１】変更の方は、項目に変更後の情報をご記入ください。

項目が無い場合はその他にご記入下さい。 氏名変更の場合はカッコ内に旧姓をご記入下さい
（会員 NO.と氏名は必須です。）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 会員№・氏名 | | ＫＫ－ | （　　） |
| 所属 | 名　称<br>及部署 | | |
| | 住　所<br>TEL/FAX<br>E-mail | 〒<br>TEL.　　FAX.<br>E-mail: | |
| 自宅 | 住　所<br>TEL/FAX<br>E-mail | 〒<br>TEL.　　FAX.<br>E-mail: | |
| 送　付　先 | | 勤務先　　自宅　　（どちらかに○印をつけてください） | |
| その他 | | | |

【２】退会の方は、こちらにご記入下さい。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 会員№・氏名 | | ＫＫ－ | |
| 所属 | 名　称 | | |
| 事　由 | | | |

日本褥瘡学会関東甲信越地方会　　事務局代行　株式会社klar（クラール）
〒371-0805　群馬県前橋市南町２－６５－１
Tel 027-260-9525 / Fax 027-260-9322
E-mail: jspukan-office@umin.ac.jp

Fax 027-260-9322