

日本疼痛学会 登録事項変更届

◎ 下記にご記入の上、**FAX: 0798-45-6417** もしくは、日本疼痛学会事務局までご郵送
 くださいますようお願いいたします。

変更日	平成 年 月 日
-----	----------

会誌送付先	1. 勤務先	2. 自宅
-------	--------	-------

(実際に変更になる日を記入してください)

フリガナ	
氏名	

◎ 氏名変更

フリガナ	
新氏名	

◎ 勤務先変更

旧勤務先		
新勤務先	住 所	〒
	所 属	
	科名・役職	
	TEL / FAX	
	e-mail address	

◎ 自宅変更

旧自宅	住 所	
新自宅	住 所	〒
TEL / FAX		
e-mail address		

◎ 退 会

退 会 時 期	平成 年 月 日より退会
---------	--------------