日本血管腫血管奇形学会　住所変更届

連 絡 日　　20　　年　　月　　日	会員番号

フリガナ	
氏　名	
英文氏名	英文敬称 Dr.Ms.など（　　）

変更項目	1. 勤務先　　2. 自 宅
連絡先選　択	＊会費請求書等の送付等、学会からの連絡先となります。（いずれかを〇で選択ください） 1. 勤務先　　2. 自 宅

勤務先情報	所属		
	所属部署	役職	
		職名	
	所属住所　〒		
	TEL　（　　）	FAX　（　　）	
	e-mail　　@		
自宅情報	自宅住所　〒		
	TEL　（　　）	FAX　（　　）	
	携帯電話　（　　）		
	e-mail　　@		

専門分野	いずれか〇で選択ください 1. 形成外科　　2. 放射線科　　3. 皮膚科　　4. その他 5. その他（　　）

■送付先（郵送，ファックス，E-mail にてお送り下さい）
〒169-0072 東京都新宿区大久保 2-4-12 新宿ﾗﾑﾀﾞｯｸｽﾋﾞﾙ(株)春恒社学会事務部内 日本血管腫血管奇形学会 会員係 行
TEL：03-5291-6231／FAX：03-5291-2176
【個人情報の取扱い】お預かりした個人情報は学会活動以外の目的には使用いたしません。