

変更および退会届

会員の皆様の住所変更・所属先変更・退会等の場合は、こちらの用紙にご記入の上、事務局まで Fax (045-473-5257)、または郵送にてお送りください。

連絡をせずに移転されますと、雑誌等をお届けできないことが有りますので必ずご連絡頂ますようお願いいたします。

〒222-0036 神奈川県横浜市港北区小机 3211
労働者健康安全機構 横浜労災病院 神経内科内
認知神経科学会事務局

FAX: 045-473-5257

E-mail: jscn-gakkai@umin.ac.jp

(事務局でお預かりしているデータを確認して変更いたします。変更がない場合も下記事項をご記入ください)

ふりがな 氏名	旧姓
自宅住所 〒	
電話	Fax
所属先名称 所属先住所 〒	
所属先電話	所属先 Fax
書類等の送付先(ご希望の送付先を○でお囲みください) 勤務先 自宅	
e-mail アドレス	
その他(連絡事項がありましたらお書きください)	
退会届(ご退会される場合) 年 月末日で退会いたします。	