

FAX.03-6267-4555



北海道整形災害外科学会事務局行（株式会社 毎日学術フォーラム内）

〒100-0003 千代田区一ツ橋 1-1-1 ハレスサイドビル

E-mail maf-hokuseikai@mynavi.jp

送信日 年 月 日

住所等変更連絡用紙

登録の住所等の変更はこの用紙をご利用ください。

学会名、生年月日、氏名、送信年月日を明記のうえ、変更事項をご記入いただき、このままファクシミリ(または、郵送・メール添付)にてご連絡ください。

名 称	北海道整形災害外科学会
-----	-------------

フリガナ		生年月日	西暦 19 年
氏名			月 日生
<small>(同姓同名チェックに用います)</small>			

会誌等の発送先 *	所属機関	自宅住所
-----------	------	------

所 属 機 関	名 称													
	所在地	〒											職 名	
	TEL.() - ext. FAX.() -													

自 宅 住 所	〒											
	TEL.() - FAX.() -											

E-mail	
--------	--

(備考) 姓変更や会員種別変更、退会希望等の連絡事項がありましたら備考欄にご記載ください。