

# 連絡先変更届

年 月 日

日本脳神経外科漢方医学会  
会長 殿

以下の通り変更がありましたので、届け出ます。

ふりがな  
氏 名

---

変更内容(○をお付けください)

1.現住所(自宅) ( )

2.勤務先 ( )

変更箇所のみご記入ください。

現住所(自宅): 〒  TEL ( ) FAX ( ) E-mail	
勤務先名称:  勤務先住所: 〒  TEL ( ) FAX ( ) E-mail	所属(診療科目):  職名:

FAX : 03-5291-9003  
事務局代行:株式会社マイライフ社

通信先	自宅 ・ 勤務先
-----	----------

↑  
いずれかに必ず○印をお付けください。