

様式 2

一般社団法人 日本肝臓学会

FAX : 03-3812-6620 E-mail : kaiin@jshep.org

登録情報変更届

下記のとおり変更いたします。

申請日	西暦 年 月 日	会員番号	
フリガナ	姓	名	
	※	※	
氏 名	※	※	
英語表記			
生年月日	※西暦 年 月 日	性 別	※ <input type="checkbox"/> 男性 ・ <input type="checkbox"/> 女性
変更日	年 月 日付		
旧勤務先名	(※専門医は必須)		
新勤務先名			
所属名		職 責	
勤務先住所	〒		
勤務先 TEL		内線番号	
勤務先 FAX		勤務先携帯	
変更日	年 月 日付		
自宅住所	〒		
自宅 TEL		自宅 FAX	
自宅携帯			
E-mail	勤務先		
	自 宅		
	E-News 配信用		
希望送付先	機関誌『肝臓』(連絡先)	欧文誌発送 (購読者)	
	※ <input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 自宅	
連絡事項 (改姓等)			

- ※は必須項目です。記入漏れがある場合は正しく変更されない場合があります。
- E-mail、郵便またはFAXにてご提出下さい。