

◎FAX送信票の表裏を間違えている方がいますので十分ご確認の上送信ください

F A X 送信票

日本母性衛生学会事務局

FAX : 03-5829-6758

変 更 届

※会員氏名, 会員番号は必ずお書きください

機関誌送付先
都道府県名

会員氏名

会員番号

連絡先E-mail

変更する項目に○をしてご記入ください

		変 更 前		変 更 後	
ふりがな					
氏 名					
住 所 ・ 名 称	自 宅	〒		〒	
		携帯TEL			
		TEL			
		FAX			
	勤 務 先	名 称			
		所 属			
		〒		〒	
		TEL			
	FAX				
※ 所属都道府県					
※ 所属都道府県は自宅または勤務先住所の都道府県に限る (代議員選任規定に基づき必要になる為)					
郵便物送付先 どちらかに○		自 宅 勤務先			
備 考					

事務局記入欄

月・日	整理番号	台帳登録	入力	備考