

◎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 : 03-3820-2118

**変 更 届**

※会員氏名および必要事項にご記入ください

機関誌送付先  
都道府県名

会員氏名

会員番号

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				

※ハガキでの変更届も受け付けます。 上記の形式でお書きください。

**事務局記入欄**

月・日	整理番号	台帳登録	入力	備考