

◎メール添付でお送りください。送付先 E-mail:other@bosei-eisei.org

日本母性衛生学会事務局

|                               |                 |  |
|-------------------------------|-----------------|--|
| <b>変 更 届</b>                  |                 |  |
| ※会員氏名, 会員番号、E-mailは必ず記入してください | 郵便物送付先<br>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<br>所<br>・<br>名<br>称                          | 自<br>宅      | 〒           |       | 〒     |   |  |
|  |             | 携帯TEL       |       |       |   |  |
|  |             | TEL         |       |       |   |  |
|  |             | FAX         |       |       |   |  |
|  | 勤<br>務<br>先 | 名 称         |       |       |   |  |
|  |             | 所 属         |       |       |   |  |
|  |             | 〒           |       | 〒     |   |  |
|  |             | TEL         |       |       |   |  |
|  |             | FAX         |       |       |   |  |
|  |             | ※<br>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<br>どちらかに○                               | 自 宅         |             | 勤 務 先 |       | / |  |
| 備<br>考   |             |             |       |       |   |  |

**事務局記入欄**

|     |      |    |     |    |
|-----|------|----|-----|----|
| 月・日 | 会員番号 | 入力 | メール | 備考 |
|     |      |    |     |    |