

日本小児眼科学会変更届

必要事項をご記入の上、FAX または郵送にて事務局へお届け下さい。

連絡先：日本小児眼科学会事務局 〒567-0047 茨木市美穂ヶ丘 3-6-302

TEL：072-623-7878 FAX：072-623-6060 E-mail:folia@hcn.zaq.ne.jp

変更の内容 (該当個所に○印)	1. 氏名 2. 自宅住所 3. 勤務先 4. 文書および雑誌送付先 5. その他 ()		
フリガナ		フリガナ	会員番号
氏名		旧姓	
分類	1. 医師 2. 視能訓練士 3. その他 (該当箇所に○印)		
新勤務先住所	〒		
新勤務先名称	所属科名までご記入をお願いします。		
新電話番号		新FAX番号	
E-mail			
新自宅住所	〒		
新電話番号		新FAX番号	
E-mail			
※文書および 雑誌送付先	1. 勤務先 2. 自宅	変更届出年月日	年 月 日

受領日 年 月 日