

## 日本小児眼科学会変更届

必要事項をご記入の上、メール添付・FAX・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：[shoniganka@siren.ocn.ne.jp](mailto:shoniganka@siren.ocn.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
--