

FAX : 03-5291-2176
日本シミュレーション外科学会

>>>住所等変更連絡用紙<<<

勤務先/自宅住所変更・送付先変更等、ご登録内容の変更は、この用紙に会員番号、氏名、生年月日、性別、郵便物送付先、送信年月日、変更事項を明記の上 FAX にてご連絡ください。
尚、ご変更には数週間かかる場合がございますので、ご了承ください。

送信年月日 年 月 日

会員番号	S	M	-				
------	---	---	---	--	--	--	--

フリガナ												
氏名												
生年月日	1	9		年		月		日	性別	男	・	女

連絡先	1. 勤務先		2. 自宅	※連絡先(送付先)をご指定下さい
-----	--------	--	-------	------------------

■勤務先変更■

名称												
	所属部署:							(職名)				
所在地	〒		-		(都・道・府・県)							
	TEL: (内線: ・直通)											FAX:
	E-mail:											

■自宅変更■

自宅	〒		-		(都・道・府・県)							
	TEL:											FAX:
	E-mail:											

■通信欄■