

FAX 送付先 : 03-3784-8307

日本気胸・嚢胞性肺疾患学会事務局行き

会員番号 (事務局使用)

日本気胸・嚢胞性肺疾患学会 住所等変更届

年 月 日

ふりがな		
氏名		
旧勤務先	大学/病院	科

変更のある事項にチェックし、事務局宛に FAX して下さい。

<input type="checkbox"/> 勤務先	大学/病院	科
<input type="checkbox"/> 勤務先住所	〒 TEL : FAX :	
<input type="checkbox"/> 自宅住所	〒 TEL : FAX :	
<input type="checkbox"/> e-mail アドレス		
<input type="checkbox"/> 雑誌送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 (どちらかにチェックをお付け下さい)	

備考欄