

送信先：一般社団法人 日本区域麻酔学会事務局 FAX：088-881-6915

## 変 更 届

会 員 番 号	
氏 名	

※変更のあった項目のみご記入ください。

《お名前》－変更事項をご記入ください－

	姓	名
フリガナ		
氏名		

《所属》－変更事項をご記入ください－

所 属 先	
部 署	
役 職	
住 所	〒 ー
T E L	(内線： )
F A X	

《自宅》－変更事項をご記入ください－

住 所	〒 ー
T E L	

《メールアドレス》－変更事項をご記入ください－

アドレス	
------	--

《書類送付先》 ☐勤務先 ☐自宅

備考欄

一般社団法人 日本区域麻酔学会事務局  
〒781-0082 高知県高知市南川添 24 番 8 号 エストデュオ A101  
TEL：088-881-6914 FAX：088-881-6915  
e-Mail：[jsra@regional-anesth.jp](mailto:jsra@regional-anesth.jp)