

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  | 〒　－     |
| TEL | (内線：　　) |
| FAX |         |

《自宅》－変更事項をご記入ください－

|     |     |
|-----|-----|
| 住所  | 〒　－ |
| TEL |     |

《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