|  |
| --- |
| 一般社団法人日本小児アレルギー学会    ***http://www.jspaci.jp*** |
| ***Japanese Society of Pediatric Allergy and Clinical Immunology*** |

**変更届・退会届**

**申請方法 ：**この用紙を郵送またはFAXにて学会事務局までご送付ください。学会Webサイト専用フォームからも

お手続きいただけます。**変更手続きの場合、変更事項のみご記入ください。**

**提出先 ：** 一般社団法人日本小児アレルギー学会 事務局　〒110-0005　東京都台東区上野1-13-3 MYビル4階

TEL：03-6806-0203／**FAX：03-6806-0204**／E-mail：info@jspaci.jp

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **会員番号** |  |  | | |  | |  | **－** | | |  |  | | |  | **申請日　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日** | | | | | | | | | | | |
| **変更内容** | **該当するものを全てチェックしてください** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **□ 勤務先変更** | | | | | | | | | **□ 自宅住所変更** | | | | | | | | | | **□ 改姓・名** | | | | | **□ 退　　会** | | |
| **□ E-mailアドレス変更** | | | | | | | | | **□ 送付先変更** | | | | | | | | | | **□ その他** | | | | |  | | |
| **フリガナ** |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |
| **氏　名** | **姓** | | | | | | | | | | | | **名** | | | | | | | | | | | 旧姓名 | | | |
| 勤務先 | 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 診療科 | | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒　　　　　－  　　　　　　　都 道  　　　　　　　府 県 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL：　　　　　　　　－　　　　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | FAX：　　　　　　　　－　　　　　　　　－ | | | | | | | | | |
| 勤務形態 | 該当するものをチェックしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所属機関 | | | | | □診療所 | | | □病院 | | | | | □行政 | | | □研究所 | | | | | □企業 | | | | □その他（ | ） |
| 職　　種 | | | | | □医師　（医籍登録年：　　　　　　　年）　\*「医師」の方は必須入力事項となります． | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | □看護師 | | | □保健師 | | | | | □薬剤師 | | | | □栄養士 | | | | | □臨床心理士 | | | | |
|  | | | | | □その他（ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ） |
| 自　宅 | 郵送物送付先が「自宅」の場合、必須入力事項です． | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住  所 | | 〒　　　　　－  　　　　　　　都 道  　　　　　　　府 県 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL：　　　　　　　　－　　　　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | FAX：　　　　　　　　－　　　　　　　　－ | | | | | | | | | |
| 携帯TEL：　　　　　　　　－　　　　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E-mail | メイン | | ＠ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サ　ブ | | ＠ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 郵送物送付先 | | | □勤務先 　 □自宅 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 該当するものをチェックしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の所属学会 | | | | □日本小児科学会 | | | | | | □日本アレルギー学会 | | | | | | | | | | | □日本小児臨床アレルギー学会 | | | | | | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ な　し | | |
| 専門医資格 | | | | □日本小児科学会 | | | | | | □日本アレルギー学会 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ な　し | | |
| メディカルスタッフ資格 | | | | □小児アレルギーエデュケーター | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ な　し | | |
| 退 会 届  退会事由 | 年　　　　　　　月　　　　　　日をもって退会します。※ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 理由：  会費未納の有無：　□有　□無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注） 1勤務先には診療科名までご記入ください。　　2.データ入力をしますのでフリガナ、数字、アルファベットははっきりと  　　　記載してください。　　※年会費の未納がある場合は納入を済ませた上で申請して下さい。当該年度発行の学会誌の送  付をご希望の場合は年度末(8月31日)の日付をご記入ください。日付をさかのぼっての退会申請はできかねます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**FAX番号はお間違いの無いようにお気を付け下さい。**