

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 <input type="checkbox"/> 勤務先変更 <input type="checkbox"/> 自宅住所変更 <input type="checkbox"/> 改姓・名 <input type="checkbox"/> 退会 <input type="checkbox"/> E-mail アドレス変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 研究 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> その他()					
自宅	職種	<input type="checkbox"/> 医師 (医籍登録年: 年) *「医師」の方は必須入力事項となります。 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> その他()					
	住所	〒	-	都道 府県			
	TEL:	-	-		FAX:	-	-
E-mail	メイン	@					
	サブ	@					
郵送物送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅						
その他の所属学会	該当するものをチェックしてください。						
	<input type="checkbox"/> 日本小児科学会 <input type="checkbox"/> 日本アレルギー学会 <input type="checkbox"/> 日本小児臨床アレルギー学会 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし						
専門医資格	<input type="checkbox"/> 日本小児科学会 <input type="checkbox"/> 日本アレルギー学会 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし						
メディカルスタッフ資格	<input type="checkbox"/> 小児アレルギーエドゥケーター <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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ません。

FAX 番号はお間違いの無いようにお気を付け下さい。