

住所等変更届

変更日 _____ 年 _____ 月 _____ 日から

日本救急医学会 御中

下記のとおり、変更がありましたのでお届けいたします。

会員番号			
(ふりがな)	生年月日	西暦	年 月 日
会員名	性別	男 ・ 女	
E-mail			

勤務先	施設名		
	科名		
	職名		
	〒	—	
	TEL	FAX	
自宅	〒	—	
	TEL	FAX	
連絡先 (送付物 送付先)	勤務先 ・ 自宅 (当てはまる方に○をつけてください)		
備考			

●上記項目にご記入のうえ、郵送かFAXでお送り下さい。

郵送先：日本救急医学会事務所

〒113-0033

東京都文京区本郷3-3-12 ケイズビルディング 3階

FAX 送信先 : 03-5840-9876