

留 学 届

年 月 日

日本救急医学会 御中

※	※
---	---

※事務所使用欄

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			
振込用紙 送付先	〒 ー		

※留学期間中の会費は、原則前納となります。振込用紙をお送りいたしますので、送付先をご記入ください。
※年会費自動引落サービス（オートネットサービス）をご利用の場合は、記入不要です。（ご記入いただいても振込用紙を送付いたしません）

下記のとおり、留学中の連絡先についてお届けいたします。

留学中の 国内連絡先	〒 ー		
	TEL	FAX	
海 外 連絡先	〒		
	TEL	FAX	
連 絡 先 (送付物 送付先)	国内連絡先 ・ 海外連絡先 (ご希望の送付先に○をつけてください)		
期 間	留学予定期間： 年 月～ 年 月頃まで		

【注意】

- 専門医（指導医）の休止を希望する場合には、別途「活動休止申請」の手続きが必要です。
- 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 ケイビルディング 3階

FAX 送信先 : 03-5840-9876