

ご記入の上、郵送または FAX にてご連絡下さい

〒770-0011 徳島市北佐古1番町1-39
医療法人川島会 川島病院内
特定非営利活動法人 日本腹膜透析医学会
TEL : 088-631-1755 FAX : 050-3730-3065

変更届 (正会員)

平成 年 月 日 届

フリガナ		旧 姓	
氏名			

勤 務 先 変 更	旧勤務先	
	新勤務先	所属科(部課)名
	所在地 〒	
	TEL	FAX
	E-mail	

自 宅 変 更	旧自宅	
	新自宅 〒	
	TEL	FAX

送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> 自宅
-----	------------------------------	-----------------------------

退会 休会 復会	私は	の理由により
	平成 年 月をもって	退会・休会・復会 いたします 印