



登録事項変更届

* 下記をご記入の上、FAX:075-468-8773またはご郵送ください

届提出日:平成 年 月 日

氏名: (変更前)	
生年月日:	(西暦) 年 月 日
会員番号: *不明の場合は空欄のまま	
職種: (✓ をしてください)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他()
変更事項: <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content;"><p>変更箇所のみ</p><p>・□に✓をして下さい</p><p>・変更情報をご記入下さい</p></div>	<p><氏名> (変更後の情報をご記入ください): _____ (ふりがな)</p> <p><E-Mail> (変更後の情報をご記入ください): _____</p> <p><勤務先情報></p> <p><input type="checkbox"/> 勤務先 住所:〒 _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> 勤務先 施設名・科: _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> 勤務先 役職: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 勤務先 TEL/FAX: _____</p> <p><自宅></p> <p><input type="checkbox"/> 自宅 住所:〒 _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> 自宅 TEL/FAX: _____</p> <p><機関誌送付先></p> <p><input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅</p> <p>_____</p> <p><その他></p>

*事務局 記入欄

受付日	会員番号	備考
年 月 日		

一般社団法人 日本脳神経超音波学会 事務局
〒612-8082 京都市伏見区両替町2-348-302
アカデミック・スクエア(株) 内
TEL:075-468-8772 FAX:075-468-8773