変　更　届

　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

**該当する** □ **にチェックを入れてください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **変更項目** | | 自宅　  勤務先 | | |
| **氏名** | |  | 生年月日 | 西暦　　　　　年　　月　　日 |
| **フリガナ** | |  | | |
| **自宅** | | 住所  〒 | Tel. | |
| E-mail | |
| **勤務先（所属機関）** | **名称** |  | | |
| **所在** | 住所  〒 | Tel. | |
| E-mail | |
| **専門（役職）** |  | | |
| 所属なし | | | |
| **郵便物送付先** | | 自宅　　　  勤務先（所属機関） | | |
| **メール送付先** | | 自宅　　　  勤務先（所属機関） | | |

【届出方法】上記をご記入いただき、学会事務局まで電子メール、FAX、郵送でお送りください。

・国際臨床医学会事務局

E-mail: info@kokusairinshouigaku.jp

FAX: 06-6310-0158

住所: 大阪府豊中市新千里東町1-4-2 千里ライフサイエンスセンター9F