

日本網膜硝子体学会

送信先: 日本網膜硝子体学会事務局 行
 FAX:06-4964-8804 E-mail:vitreoretina@jtbcom.co.jp

日本網膜硝子体学会 登録内容変更届				
変更の内容 (該当するものにレを入れてください)		<input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更	<input type="checkbox"/> 勤務先変更 <input type="checkbox"/> メールアドレス	<input type="checkbox"/> 自宅変更 <input type="checkbox"/> その他()
会員番号	フリガナ		フリガナ	
	氏 名		旧姓	
勤務先	旧勤務先			
	新勤務先			
	勤務先住所	〒		
	TEL:	FAX:		
自宅	旧住所	〒		
	新住所	〒		
郵便物送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	E-mail (お持ちの方はご記入ください)		
主な所属学会	<input type="checkbox"/> 日本眼循環学会 <input type="checkbox"/> 日本糖尿病眼学会 <input type="checkbox"/> その他			
変更日	年 月 日			

申請日: 年 月 日 署名: _____

〈個人情報の利用目的〉
 ご記入いただいた個人情報は、本学会の運営・事業遂行の目的以外には利用致しません。
 また、法令に定められている場合を除き、本人の同意なく第三者への開示を致しません。

(事務局使用欄)

年会費未納	データ変更	担当者