

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○を入れてください) | | <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 勤務先変更 <input type="checkbox"/> 自宅変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> メールアドレス <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 | 〒 TEL: FAX: | | |
| | 新住所 | 〒 TEL: FAX: | | |
| 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 |
| | | |

日本網膜硝子体学会 事務局補佐

〒530-0004 大阪府大阪市北区堂島浜一丁目1番27号 大阪堂島浜タワー5階

株式会社JTBコミュニケーションデザイン コンベンション第二事業局内

TEL:06-4964-8869 FAX:06-4964-8804 E-mail:vitreoretina@jtbcom.co.jp