

記入日 年 月 日

| | |
|---|--|
| 該当する項目全てに✓のうえ変更事項をご記入いただき、E-mail 添付送信、FAX 送信、または郵送下さい | |
| 変更事項 | <input type="checkbox"/> 所属の変更 <input type="checkbox"/> 自宅住所変更 <input type="checkbox"/> 改姓名 <input type="checkbox"/> 退会 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> E-mail 変更 <input type="checkbox"/> 郵送先変更 <input type="checkbox"/> 学生から一般会員へ変更 |
| フリガナ | |
| 氏名 | 旧姓 |
| 自宅住所 | 〒 |
| | TEL FAX |
| 所属 | 名称 部署名 〒 職名 住所 TEL FAX |
| E-mail(1) | |
| E-mail(2) | |
| 郵送先 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属先 |
| 職業 | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 研究 <input type="checkbox"/> その他 |
| 退会 退会事由 | 年 月 日をもって退会します。 |
| その他 連絡事項 | |

ご記入の上、E-mail (bonyuhoiku-gakkai@umin.ac.jp) 添付送信ください。