

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。