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: 06-6444-2141

住所:大阪市北区中之島4-3-53　大阪大学中之島センター6階