**日本消化器免疫学会事務局　宛**

FAX：03-6280-8850　/　E-mail：jsmi@j-smi.org

**会員登録情報変更届**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更日 | 西暦　　　　　　年　　　月　　　　日 |  |
| ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |

**変更が必要な項目のみ記載してください。**

**１）勤務先変更**

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先 |  |
| 診療科名 |  |
| 勤務先住所 |  |
| TEL |  | FAX |  |
| E-mail　**(必須)** |  |
| **２）自宅住所変更** |
| 自宅住所 | (〒　　－ ) |
| 連絡先(携帯可能) |  |
| **３）送付先変更** |
| 通信先該当する方に○ |  | 送付先を　**勤務先**から**自宅**に変更　**※** |
|  | 送付先を　**自宅**から**勤務先**に変更 |
| **※**自宅住所　　　　　送付先が自宅の場合 | （〒　　　　－　　　　　） |
| **※**連絡先(携帯可)送付先が自宅の場合 |  |
| **４）名簿掲載変更** |
| 名簿への掲載該当する方に○ |  | 名簿掲載を　**勤務先**から**氏名のみ**に変更 |
|  | 名簿掲載を　**氏名のみ**から**勤務先**に変更 |