# 連絡先変更届提出のお願い

連絡先（自宅，勤務先）の変更届は，下記用紙に記載の上，FAXまたは郵送によりすみやかにお知らせください．投稿中の場合には受付番号を記載してください．FAX番号を間違えないようにお送りください．

## 日本臨床外科学会

〒102-0072 千代田区飯田橋 4 - 6 - 9 ロックフィールドビル 8 階 TEL：03(3262)1555,FAX：03(3221)0390

（切り取り線）

# 連絡先変更届

# 日本臨床外科学会 御中

# 変更希望日： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | |  | 会員番号 |  | |  |  |  |  |  |
| 氏 名 | |  | |  |
| （本会からの送付封筒宛名下記載番号） | | | | | | |
| 1. 自宅住所 | | （〒 ）  （TEL | | | | | | | | | | |
| ②勤　務　先 | 名 称 |  | | | | 所属科 |  | | | | | |
| 所在地 | （〒　 ）  （TEL ）（FAX ） | | | | | | | | | | |
| 送 付 先 | | ①自宅，②勤務先，③雑誌送付不要（雑誌等送付先です．いずれかに○をつけてください） | | | | | | | | | | |
| 投 稿 中 | | 論文ID |  | | | | | | | | | |
| メルマガ送信 | | 希望（　　　　　　　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）、希望せず | | | | | | | | | | |