変 更 届

下記の通り会員情報を変更希望します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号※ |  |  |  |  |  |  | 記入年月日 | 西暦 | 年 月 | 日 |
| 医籍登録年月日 | 西暦 年 月 日 | 医籍登録番号 |  |
| **生年月日※** | 西暦 年 月 日 |
| **メールアドレス** |  |
| **フリガナ※** |  |
| **氏名※** |  | 男・女 |
| フリガナ |  |
| 自宅住所（都道府県名より記入のこと） | 〒 |
| TEL － － FAX － － |
| 勤務先 | フリガナ |  |
| 名称（正式名称で記入のこと） | 科 |
| フリガナ |  |
| 所在（都道府県名より記入のこと） | 〒 |
|  | TEL FAX |
| 現 | 職 | 1.教授 2.准教授 3.専任講師 4.講師 5.助教6.施設長（院長・センター長 etc.）7.副施設長 8.部長9.医長 10.医員 11.顧問 12.その他（ ） |
| 専門科名（複数選択可） | 1.リハ科 2.整形外科 3.内科 4.小児科 5.脳外科6.神経内科 7.外科 8.老年科 9.その他（ ） |
| 専門分野（複数選択可、必須ではありません） | 領域 1 脳血管障害・頭部外傷など領域 2 運動器疾患・外傷領域 3 外傷性脊髄損傷領域 4 神経筋疾患領域 5 切断領域 6 小児疾患領域 7 リウマチ性疾患領域 8 内部障害領域 9 その他（ ） |
| **通信物送付先※** | 自宅 ・ 勤務先 ←どちらかに○をつけてください |
| 通信欄 |  |

太線枠内についてご変更の箇所をご記入下さい。**太字※の部分は必ずご記入ください**

尚、変更届が到着したタイミングによりすでに今後の発送物について手配済の場合がございます。その場合はご連絡いただいた日以降に旧ご登録への発送となります。返戻等があった場合には再送いたしますが事務局で郵便 物の発送について詳細は確認ができませんのでご了承ください。

【FAX:03-5280-9701】or【office@jarm.or.jp】 までお送りください