日本注射薬臨床情報学会事務局行

〒650-0047　兵庫県神戸市中央区港島南町2-1-1 神戸市立医療センター中央市民病院薬剤部

E-mail　 c\_jscipd@kcho.jp

送信日　　　年　　月　　日

住所等変更連絡用紙

登録の住所等の変更はこの用紙をご利用ください。

氏名、送信年月日を明記のうえ、変更事項をご記入いただき、メールに添付してご連絡ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 名　称 | 日本注射薬臨床情報学会 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | ＊該当するものを○で囲んでください。 | | | | | |
| 氏 名 |  |  | 旧姓 |  |  | 性別＊ | 男 女 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 会誌等の発送先＊ | 所属機関　　自宅住所 |  | 生年月日 | 西暦　１９　　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所　属　機　関 | 名　称 |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  | 職　名 |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| TEL.(　　　　　　)　　　　　－　　　　　　　ext. | | | | | | | | | | FAX.( 　　　　　　) 　　　　　－ | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自宅住所 | 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  |  | |
|  | | | | | | | | | | |
| TEL.(　　　　　　)　　　　　－ | | | | | | | | | | FAX.( 　　　　　　) 　　　　　－ |

|  |  |
| --- | --- |
| E-mail |  |

（備考）◎姓変更や会員種別変更、退会希望等の連絡事項がありましたら備考欄にご記載ください。