

日本網膜硝子体学会

送信先: 日本網膜硝子体学会事務局 行

FAX:06-4964-8804 E-mail:vitreoretina@jtbcom.co.jp

日本網膜硝子体学会 登録内容変更届				
変更の内容 <small>(該当するものに☑を入れてください)</small>		<input type="checkbox"/> 氏名変更	<input type="checkbox"/> 勤務先変更	<input type="checkbox"/> 自宅変更
		<input type="checkbox"/> 送付先変更	<input type="checkbox"/> メールアドレス	<input type="checkbox"/> その他()
会員番号	フリガナ		フリガナ	
	氏名		旧姓	
勤務先	旧勤務先			
	新勤務先			
	勤務先住所	〒		
		TEL:	FAX:	
自宅	旧住所	〒		
		TEL:	FAX:	
	新住所	〒		
		TEL:	FAX:	
郵便物送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	E-mail <small>(お持ちの方はご記入ください)</small>		
主な所属学会	<input type="checkbox"/> 日本眼循環学会	<input type="checkbox"/> 日本糖尿病眼学会	<input type="checkbox"/> その他	
変更日	平成	年	月	日

申請日:

年 月 日

署名: _____

<個人情報の利用目的>

ご記入いただいた個人情報は、本学会の運営・事業遂行の目的以外には利用致しません。

また、法令に定められている場合を除き、本人の同意なく第三者への開示を致しません。

(事務局使用欄)

年会費未納	データ変更	担当者