

日本神経眼科学会変更届

必要事項をご記入の上、メール [shinkei@kitasato-u.ac.jp]
又はFAX (042-778-9417) にて事務局へお届け下さい。

変更の内容 (該当個所に○または☑ 印をお付け下さい)	1. 氏名	2. 自宅住所	3. 所属先
	4. 雑誌送付	5. 退会	6. その他()
フリガナ			所属先名
氏名			

※変更内容の該当箇所のみご記入ください。

フリガナ			
1. 新しい氏名			
2. 新自宅住所	〒 TEL: FAX: Email:		
3. 新所属先	所属先名		
	〒	TEL: FAX:	
4. 連絡可能Email (必須)			
5. 雑誌・郵送物等 送付先	所属先		自宅
6. 雑誌送付	1. 中止 2. 再開	中止・再開 希望号数	次号 ・ 巻 号から
7. 退会	年 月 日 より退会します。		
8. その他			

受領日 年 月 日

連絡先：〒252-0373 神奈川県相模原市南区北里 1-15-1 北里大学医療衛生学部内
日本神経眼科学会事務局 TEL 042-778-9416 FAX 042-778-9417
E-mail: shinkei@kitasato-u.ac.jp