届出日　20　　　年　　月　　日

日本医療秘書実務学会 会長

**日本医療秘書実務学会　変更届**

下記のとおり変更事項を連絡しますので、会員リストの訂正をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 変更申請年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　 |
| 変更事項 | □氏名 | 　旧姓：　　　　　　　改姓後：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| □自宅 | （〒　　　　－　　　　　）TelE-mail |
| □勤務先（職　場） | 名称：部署：（〒　　　　－　　　　　）TelE-mail |
| □会員種別 | 1 正会員　 2 学生会員　 3 賛助会員　 4 法人会員 |
|  | □連絡先（郵便送り先） | 　　　　　自宅　　　　　　　　　勤務先 |
| □その他 |  |

※該当する項目の□に✓印でチェックし詳細は右欄の当てはまる箇所にご記入ください。

送付先：

〒701-0193　岡山県倉敷市松島288

川崎医療福祉大学　医療秘書学科内

日本医療秘書実務学会　事務局

Fax:086-464-1109

e-mail:office@jsams.jp