

届出日 20 年 月 日

日本医療秘書実務学会 会長

ふりがな
氏名

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	<input type="checkbox"/> 氏名	旧姓： 改姓後： (〒 -)
	<input type="checkbox"/> 自宅	Tel E-mail
	<input type="checkbox"/> 勤務先 (職 場)	名称： 部署： (〒 -) Tel E-mail
	<input type="checkbox"/> 会員種別	1 正会員 2 学生会員 3 賛助会員 4 法人会員
	<input type="checkbox"/> 連絡先 (郵便送り先)	自宅 勤務先
<input type="checkbox"/> 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