一般社団法人日本腎不全看護学会　　変更届

　　　　　年　 　 月　 　日記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ  氏　　名 |  | 会員番号  ご不明な場合は記載不要 |  |
|  |

変更項目について記入してください。所属が無くなった場合もその旨お知らせください。

**【旧】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 自宅住所 | 〒 | | |
|  | | |
| TEL | FAX | E-mail |
| 所属先名 |  | | |
| 所属先住所 | 〒 | | |
|  | | |
| TEL | FAX | E-mail |

**【新】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 書類送付先 | いずれかに○をつけてください。　　　　自宅　・　所属先 | | | | | | |
| メール送付先 | いずれかに○をつけてください。　　　　自宅　・　所属先 | | | | | | |
| 氏名 |  | | | カナ |  | | |
| 自宅住所 | 〒 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| TEL | FAX | | | | E-mail | |
| 所属先名 |  | | 部課名 | | | | 職位 |
| 所属先住所 | 〒 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| TEL | FAX | | | | E-mail | |

＊変更届は、下記事務局宛　メール添付か、ＦＡＸにて送信してください。

一般社団法人日本腎不全看護学会事務局

FAX：03-5981-9852

E-mail：g045jann-support@ml.gakkai.ne.jp

〒170-0013東京都豊島区東池袋2-39-2-401

株式会社 ガリレオ　学会業務情報化センター内