

FAX : 0 9 4 2 - 3 5 - 0 2 3 8

送信年月日 年 月 日

福岡母性衛生学会 事務局 行

該当する連絡項目に○印をつけて下さい。

新入会員・住所変更・氏名変更・退会 連絡用紙

学会に登録や登録の住所等の変更・退会にはこの用紙をご利用ください。

下記に、お名前、変更事項をご記入いただき、FAX または郵送にてご連絡ください。

フリガナ			
お名前	姓	名	旧姓（登録時の姓）

【所属機関】

〒		電話番号	
住所			
勤務先 名称	(所属 :)		
職名(職種)	医師	助産師	看護師 保健師 その他 ()

【自宅住所】

〒		電話番号	
住所			

学会誌の発送先	所属先 ・ 自宅
---------	----------

学会事務局 : 〒 8 3 0 - 0 0 1 1

久留米市旭町 6 7 久留米大学病院総合周産期母子医療センター内
福岡母性衛生学会 事務局 担当 : 荒巻