日本外傷学会　変更届書

氏　名		卒業年度	西暦　　年　　月卒業
かな氏名			
英文氏名 （大文字）			
変更項目	１．勤務先　　２．自宅　　３．送付先	申請日	年　　月　　日
かな勤務先			
勤務先名称			
部署名			
職　種	１．医師　　２．その他（　　）		
勤務先住所	〒　　― 都道府県　　市町村郡		
ＴＥＬ	（　　）　　（内線　　）	FAX	
勤務先 メールアドレス１			
自宅住所	〒　　― 都道府県　　市町村郡		
	ＴＥＬ　　（　　）	FAX　　（　　）	
自宅 メールアドレス２			
会誌の送付先	１．勤務先　　２．現住所		
通信欄（事務局へ申し送り事項がある場合は記入して下さい。）			
会員番号	－		
事務局記入欄（ここには何も記入しないで下さい。）　　変更処理日　　年　　月　　日			

日本外傷学会事務局行

FAX　03-5291-2176