**日本フットケア・足病医学会　変更届**　　**FAX 03-5291-2176**

＊誤入力を減らすため、楷書でご記入下さい。＊学会誌封筒宛名に記載されている番号が会員番号です。

＊FAX、e-mailのいずれでも受付しております。　FAX 03-5291-2176 　e-mail：info@jfcpm.org

|  |  |
| --- | --- |
| 変更届け日 　 20　年　月　日 | 会員番号 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | | | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 氏　名 | |  | | | | | | 生年月日  （西暦） | 年　　月　　日 |
| （旧姓） | |  | | | | | |
| 英文氏名 | |  | | | | | 英文敬称Dr.Ms.など（　　　　　） | | |
| 連絡先  指　定 | | ＊学会誌、会費請求書等の送付等、学会からの連絡先変更。（いずれかを○で選択ください）  1.　勤務先 　　　　　　　　　2. 自 宅 | | | | | | | |
| メール | ※主となるメールアドレスを第１メール欄にご記入ください | | | | | | | | |
| 第1メール | | ＠ | | | | | | |
| 第２メール | | ＠ | | | | | | |
| 勤 務 先 情 報 | 勤務先名称 | | | | | | | | |
| 所属部署 | | | | 役  職 |  | | | |
| 職名 | 医師　・　看護師　・他の医療専門職種  その他（職種名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 所属住所　　〒 | | | | | | | | |
| TEL | | | FAX　　　　（　　　　　） | | | | | |
| 自 宅 情 報 | 自宅住所　　　〒 | | | | | | | | |
| TEL　　　（　　　　　） | | | FAX　　　　（　　　　　） | | | | | |
| 携帯電話　　　 　 　（　　　　　） | | | | | | | | |
| 専門分野 | | ※当てはまらない場合はその他に記入してください。医師は専門領域を、看護師は認定資格もご選択ください。  医師(形成外科・心臓血管外科・血管外科・整形外科・外科・循環器・腎臓・透析・糖尿病内科・内科・皮膚科・他「　　　　　」)　/　看護師（糖尿病・皮膚排泄ケア・腎不全・他「　　　　　　　　　」)　/　准看護師　/　理学療法士　/　作業療法士　/　義肢装具士　/　臨床工学技士　/　臨床検査技師　/　介護福祉士　/　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 連絡事項 | |  | | | | | | | |

＜連絡先＞　日本フットケア・足病医学会事務局宛

　TEL 03-5291-6231 FAX 03-5291-2176　e-mail：info@jfcpm.org

〒169-0072 東京都新宿区大久保2丁目4番12　新宿ﾗﾑﾀﾞｯｸｽﾋﾞﾙ9F （株）春恒社内

|  |  |
| --- | --- |
| 事務局使用欄 | 受領日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　処理日 |