

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 →認定看護師(糖尿病)・認定看護師(皮膚排泄ケア)・認定 看護師(腎不全)・認定看護師(その他) / 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 新宿ラムダックスビル9F (株) 春恒社内

事務局使用欄	受領日	処理日
--------	-----	-----

【個人情報の取扱い】 お預かりした個人情報は学会活動以外の目的には使用いたしません。