

住所変更届

下記にご記入のうえ、事務局宛にメールまたはFaxでお送りください。

日本総合診療医学会 事務局

E-mai office-kai@pure.ocn.ne.jp

TEL 03-5685-5802

FAX 03-5685-5805

〒116-0013東京都荒川区西日暮里 4-5-17 エスプラナード4517-507号

下記のとおり(勤務先・自宅住所)変更しますので通知します。

ふりがな	
氏名	会員番号
勤務先名	
所属科	
所在地	(〒 -)
Tel	
Fax	
自宅住所	(〒 -)
Tel	
Fax	
E-mail	
変更日	200 年 月 日 より
郵便物送付先	勤務先 自宅
連絡事項	