

会員情報変更届

平成 年 月 日

日本超音波骨軟組織学会 会長殿

送付先 FAX 020-4669-0176

下記事項が変更となりましたので届け出ます。

【◆は必須項目です。それ以外は変更該当箇所のみご記入ください。】

◆ ふりがな		◆ 会員番号
◆ 氏名		
新ふりがな		会員区分(翌年度からの変更となります)
新氏名		<input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 学生会員
送付先の変更	<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 所属・勤務先	* 住所変更の方は送付先に変更なくとも必須
案内送付を希望する 開催地域の変更	<input type="checkbox"/> 東日本支部 (<input type="checkbox"/> 北海道 <input type="checkbox"/> 東北 <input type="checkbox"/> 関東 <input type="checkbox"/> 北陸) <input type="checkbox"/> 西日本支部 (<input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 関西 <input type="checkbox"/> 四国 <input type="checkbox"/> 九州)	
メール希望の変更	<input type="checkbox"/> 会員メール希望 <input type="checkbox"/> 会員メール無用	
新住所	〒	* 県名、送付先の変更必須
電話	() -	* 市外局番必須
FAX	() -	* 市外局番必須
E-mail アドレス		
新所属・勤務先名称 或いは在学先		
同所在地	〒	* 県名、送付先の変更必須
同電話	() -	* 市外局番必須
同 FAX	() -	* 市外局番必須
追加所有資格・学位	<input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 鍼灸師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> その他 :	
退会	年 月をもって退会します。 <input type="checkbox"/> 年会費は銀行引き落としでした。 退会事由(必須):	

年度途中の退会による年会費返金等はお受けできません。また未納会費がある場合は全納いただきます。