会員情報変更届

年 月 日

日本超音波骨軟組織学会　会長殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 送付先FAX 029－838－0884

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。　それ以外は変更に該当する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 |  | 正会員　　　学生会員 |
| 送付先の変更 | 現住所　 　 所属・勤務先　　　＊住所変更の方は送付先に変更なくとも必須 | |
| メール希望の変更 | 会員メール希望　　　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 | 柔道整復師　鍼灸師　理学療法士  その他 ： | |
| 退会 | 年       月をもって退会します。　　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。