

日本東方医学会 会員変更届

届出日 20 年 月 日

ご登録内容				
会員区分	<input type="checkbox"/> 正会員(医師・歯科医師・獣医師・薬剤師) <input type="checkbox"/> 正会員(鍼灸・柔道整復師) <input type="checkbox"/> 正会員(看護師・栄養士) <input type="checkbox"/> 学生会員 <input type="checkbox"/> その他()			
ふり かな 氏 名			会員番号	
ご変更内容 (変更後の新しい内容をご記入下さい) ※変更の箇所の口にチェックして下さい				
ふり かな <input type="checkbox"/> 氏 名				
<input type="checkbox"/> 会員区分	※該当職種に○を付けて下さい(複数可) <table border="1"><tr><td>医師・歯科医師・獣医師・薬剤師・鍼灸師・柔道整復師・看護師・栄養士・学生</td></tr></table> <input type="checkbox"/> 正会員(医師・歯科医師・獣医師・薬剤師) <input type="checkbox"/> 正会員(鍼灸・柔道整復師) <input type="checkbox"/> 正会員(看護師・栄養士) <input type="checkbox"/> 学生会員 <input type="checkbox"/> その他() ※上記以外の資格をお持ちで区分が不明の場合は事務局へお問い合わせください。 ※学生会員をご希望の方は学生会員用の入会申込書を提出してください。			医師・歯科医師・獣医師・薬剤師・鍼灸師・柔道整復師・看護師・栄養士・学生
医師・歯科医師・獣医師・薬剤師・鍼灸師・柔道整復師・看護師・栄養士・学生				
<input type="checkbox"/> 勤務先住所	〒 TEL FAX E-mail 内線()			
<input type="checkbox"/> 勤務先名				
<input type="checkbox"/> 部署名		役職		
<input type="checkbox"/> 自宅住所	〒 TEL FAX E-mail			
<input type="checkbox"/> 郵便物送付先	自宅 ・ 勤務先 (該当するものに○印)			
備考				