

変更届(休会届)

年 月 日

変更の内容 (該当する者全てにチェックをつけてください)	<input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 自宅住所変更 <input type="checkbox"/> 勤務先変更 <input type="checkbox"/> 休会			
フリガナ		フリガナ		会員番号
氏 名		旧 姓		
旧勤務先名				
新勤務先名				
新勤務住所	〒 - TEL () - FAX () -			
旧自宅住所	〒 - TEL () - FAX () -			
新自宅住所	〒 - TEL () - FAX () -			
変 更 日	年 月 日			

上記ご記入の上、E-mail:secganka@yokohama-cu.ac.jpでお送りください。

日本ベーチェット病学会事務局
 横浜市立大学医学部眼科学教室
 〒236-0004 神奈川県横浜市金沢区福浦3-9
 TEL:045-787-2683 FAX:045-781-9755
 E-mail:secganka@yokohama-cu.ac.jp