FAX宛先：087-891-2172

Mail: pyakuri-m@kagawa-u.ac.jp 日本小児臨床薬理学会事務局　宛

　　　　　　　登録事項変更連絡届　　　　　　　年　　月　　日（ご記入ください）

ふりがな

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会員番号：

変更内容等をご記入の上、事務局までメールまたはFAXまたは郵送にて、ご連絡をいただきますようお願いいたします。（できるだけメールにてお願いいたします）

該当項目の番号を〇で囲んで下さい。

**１．勤務先変更　　２．自宅住所変更　３．改姓・名　　４．Mail address変更 　５．退会　　６．その他**

勤 務 先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 郵送先に設定（　　）

勤務先住所：〒

勤務先TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX:

２．

自宅住所：〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　郵送先に設定（　　）

自宅TEL

３．

新姓名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　旧姓名：

４．

新Mail address：

５．　退会日　□

□　20　　年度末（８月末）　（会計年度　9月1日～8月31日）

□　特に指定のある場合 　20 　年　　月　　日

６．

　　その他