

大阪泌尿器科臨床医会御中
FAX 072-672-6012

年 月 日

変更届

氏名 _____

氏名 カガナ _____ 氏名 ローマ字表記 _____

自宅情報変更 有 無

(新) 自宅住所 〒 _____

TEL _____ FAX _____

メールアドレス (携帯は不可) _____

勤務先情報変更 有 無

(新) 勤務先 (部科もご記入下さい) _____

勤務先住所 〒 _____

TEL _____ FAX _____

(新) 連絡先 (いずれかに○印を付けて下さい。)

勤務先 自宅

(新) 所 属 (いずれかに○印を付けて下さい。)

開業医 (診療所開設者) 勤務医 その他 ()

※年会費 開業医 (開設者) 6,000 円 勤務医 その他 2,000 円