**登録事項変更届（太枠は必ずご記入下さい）**

|  |  |
| --- | --- |
| 会員番号 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 西暦 　　　　年　　月　　日 |
| ローマ字 |  | 会費請求書送付先 | １．勤務先　２．自宅 |
| 氏名 |  | 男女 | 雑誌送付先 | １．勤務先　２．自宅 |

□１．氏名変更

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | フリガナ |  |
| ローマ字 |  | ローマ字 |  |
| 姓 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 名 |  | 男女 |

□２．勤務先住所変更

|  |  |
| --- | --- |
| 新勤務先住所 | 〒　　　　　　　　 （＊必須） |
| 新勤務先名称 |  |
| 所属部・科名 |  | 職責 |  |
| 勤務先区分 | 1.大学（付属病院を含む） 2.研究機関（企業も含む） 3.総合病院 4.開業医 5.その他  |
|  TEL/FAX | TEL／　　　　　　　　　　　　FAX／ |
| 　E-mail |  |
| 旧勤務先名称 |  |

□３．自宅住所変更

|  |  |
| --- | --- |
|   新自宅住所 | 〒　　　　　　　　（＊必須） |
|  TEL/FAX | TEL／　　　　　　　　　　　　FAX／ |
|  旧自宅住所 |  |

□４．その他

|  |  |
| --- | --- |
| 専門領域 | 臨床( 1. 内科　　2. 小児科　　3. その他)　　4. 基礎　　5. その他 |
| 最終学歴 | 学校名 |  |
| 学部 |  | 卒業・修了(予定)年月 |  |

□５．退会

|  |  |
| --- | --- |
| 退会 | （西暦） 　　　　年　　月　より退会 |

上記に記入の上、FAX（075-231-5722）、Eメール添付（member@jshem.or.jp）または郵送にてご連絡下さい。

郵送先：**〒604-0847京都市中京区烏丸通二条下ル秋野々町５１８ 前田エスエヌビル８F**

**日本血液学会事務局 会員管理係**