

## 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 前田エヌビル8F

日本血液学会事務局 会員管理係