(FAX送信先：03-5282-8809)

**一般社団法人日本ペインクリニック学会　会員情報変更届(個人用)**

**会員番号とお名前(フリガナ)生年月日と、変更箇所をご記入の上FAXまたは郵送にてご提出ください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※**お名前** | **氏）** | **名）** |
| ※**フリガナ** |  |  |
| ※**生年月日** | **(西暦)　　　　　年　　　月　　　日** | |
| **↓↓↓変更された箇所のみ記入ください。** | | |
| **お名前 (改姓等)** | **氏）** | **名)** |
| **フリガナ** |  |  |
| **個人住所**  **(都道府県名から)** | **〒　 　 　－** | |
|  | |
| **個人電話番号** |  | |
| **個人FAX番号** |  | |
| ※**個人メールアドレス※1** |  | |
| **個人携帯番号** |  | |
| **勤務先区分**  **（いずれかに**☑**）** | **医育機関（大学・大学附属病院）　　 医育機関以外の病院**  **医院・クリニック 　　　　　　　  その他（　　　　 　　　　）** | |
| **※フリガナ** |  | |
| ※**勤務先名称 ※2** |  | |
| ※**勤務先所属** |  | |
| ※**勤務先住所**  **（都道府県名から）** | **〒　 　 　－** | |
|  | |
| ※**勤務先電話番号** |  | |
| **勤務先FAX番号** |  | |
| **勤務先HP　URL** |  | |
| ※**勤務先ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ ※1** |  | |
| **勤務先携帯番号** |  | |
|  | | |
| **郵送物送付先（いずれかに**☑**）** | **個人（自宅） 　 勤務先**※送付先の住所と電話番号は必ずご登録ください。 | |
| **メール配信の可否**  **（いずれかに**☑**）** | **可　　　　 重要なら可　　　　 不可** | |
| **その他** |  | |
| **通信欄** |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※**はご登録必須項目です**

年　 月 　 日

**※1 勤務先または個人E-mailｱﾄﾞﾚｽはご登録必須です。未登録の方はご記入をお願いいたします。**

**※2お勤め先がない場合は、勤務先名の欄に簡単に理由をご記入ください。**

(2020.10)