

日本眼感染症学会異動届

- ※ 異動が生じた場合は、速やかに異動届を FAX {072-623-6060} で事務局へお届け下さい。
- ※ 個人の守秘義務に関する法律が施行されました。名簿に記載しないでほしい項目のすべてに×印をお付けください。

ご氏名

異動の内容 (該当個所に○印をお付け下さい)	1. 氏名 2. 自宅住所 3. 勤務先 4. 文書および雑誌送付先 5. その他 ()		
フリガナ		フリガナ	会員番号
氏名		旧姓	
新勤務先住所	〒		
新住所フリガナ			
新勤務先名称			
勤務先英文名			
新電話番号		新 FAX 番号	
E-mail			
新自宅住所	〒		
新住所フリガナ			
新電話番号		新 FAX 番号	
E-mail			
文書および雑誌送付先	1. 勤務先 2. 自宅	異動届提出年月日	年 月 日

連絡先：〒567-0047 茨木市美穂ヶ丘 3-6-302

日本眼感染症学会事務局 TEL 072-623-7878 FAX 072-623-6060

E-mail folia@hcn.zaq.ne.jp

事務局記入欄 (記入しないで下さい)

受領日	年	月	日
-----	---	---	---