

へき地・離島救急医療学会

《変更届》

届日：令和 年 月 日

種別	1. 勤務先変更		会員番号	#
	2. 住所変更			
ローマ字氏名		生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 (西暦 年)	性別
フリガナ				
氏名				男
現住所	〒		Tel. _____ Fax _____ E-mail _____	
勤務先	名称			
	所在地	〒	Tel. _____ Fax _____ E-mail _____	
在籍医局 又は 所属機関名	大学 ・ 病院 科 役職：			
職種	1.医師 医籍登録日： 2.看護師 3.その他（ ）			
発送先	自宅 ・ 勤務先			

※変更がある事項は全て必須

【申込先】

へき地・離島救急医療学会 事務局
事務 富永

Mail : 611-emraii@mail.hosp.go.jp

FAX : 0957-52-8229