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 | 女 | |
| 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