

日本神経麻酔集中治療学会 登録事項変更届

会員番号	
フリガナ 氏名	

変更日 _____ 年 _____ 月 _____ 日から

1. 氏名変更

新氏名	フリガナ 氏名	
	英語	

2. 所属変更

新所属	日本語		
	英語		
新所属 住所又は 連絡先	日本語	〒	
	英語		
TEL		FAX	
E-mail			

※封筒宛名ラベル右下の番号が会員番号です。
※ F A X または 郵送でお送り下さい。

日本神経麻酔集中治療学会事務局
岐阜大学大学院医学系研究科麻酔科疼痛医学分野教室
〒501-1194 岐阜市柳戸1番1
TEL : 058-230-6404 FAX : 058-230-6405
E-mail : jsnacc@t.gifu-u.ac.jp

事務用 No. _____
受付年月日 _____