

社団法人日本超音波医学会
種別変更申請書

平成 年 月 日

現在の会員種別 _____ 会員 希望する会員種別 _____ 会員

* 会員種別を記入してください。

氏 名 _____

会員番号 _____

生年月日 _____ 年 月 日

性 別 _____ 男 ・ 女

* どちらかに をつけてください。

最終学歴 _____

保有免許の種類

及び免許番号 _____

* 有る場合は、ご記入ください。

英文誌について _____ 辞退する ・ 希望する

* 準会員の方は英文誌の辞退が可能です。どちらかに をつけて
ください。辞退する場合、年会費 10,000 円のところ 7,000 円
になります。

署名(自著のこと) _____

事務局使用欄

受付年月日	変更年月日	理事会承認日	本人通知日	担当者