社団法人日本超音波医学会連絡用紙

＊必要事項（会員番号・氏名・フリガナ）及び《変更箇所》のみご記入ください。

送付先住所　〒101-0063　東京都千代田区神田淡路町 2-23-1-6F　FAX03-5297-3744（2007.10）

キリトリ

会員番号*		フリガナ*	
		氏名*	
□ 超音波専門医	FJSUM-	旧姓名	
□ 超音波指導医	SJSUM-	希望発送先について（いずれかに○をつけてください。）	
□ 超音波工学フェロー	EJSUM-	現在の送付先	新しい送付先
□ 超音波検査士	R M S-	（勤務先・自宅） →	（勤務先・自宅）

自宅住所	〒　　—	都道府県
	郡市区	
	TEL	— —
旧住所		

勤務先	名称		
	部・課	職責（ある場合のみ）：	
	所在地	〒　　—	都道府県
		郡市区	
		TEL	— — （内線　　）
		FAX	— —
E-mail（必須・携帯不可）			
旧勤務先			

最終学歴	大学	学部	科	年 月卒
	大学院	研究科	課程	年 月修了
	学校		専攻	学年在学中*

（*在学中の方は、卒業予定年度もご記入ください。）

博士号	(1)		(2)	

退会届	年　月末をもって退会します。（※ 月を遡っての退会は出来ません。）（※ 退会届は必ず郵送して下さい。Fax 不可。）
本用紙の使用目的	□ 送付先変更　□ 改姓　□ 博士号取得 □ 自宅住所変更　□ 退会 □ 勤務先変更　□ その他（下記通信欄にご記入下さい）
本学会への通信欄	