

公益社団法人日本超音波医学会連絡用紙

会 員 番 号*										フリガナ*			
										氏 名*			
<input type="checkbox"/> 超音波専門医		FJSUM-								旧姓名			
<input type="checkbox"/> 超音波指導医		SJSUM-								希望発送先について (いずれかに0をつけてください。) 現在の送付先 新しい送付先 (勤務先・自宅) → (勤務先・自宅)			
<input type="checkbox"/> 超音波工学フェロー		EJSUM-											
<input type="checkbox"/> 超音波検査士		R M S-											
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) :												
	〒										都 道 府 県		
	郡 市 区												
	TEL						— — (内線)						
FAX						— —							
E-mail													
旧 勤 務 先													
最終学歴		大 学 大学院 学 校				学 部 研究科				科 課程 専攻		年 月 卒 年 月 修了 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		<input type="checkbox"/> 送付先変更				<input type="checkbox"/> 改 姓				<input type="checkbox"/> 博士号取得			
		<input type="checkbox"/> 自宅住所変更				<input type="checkbox"/> 退 会							
		<input type="checkbox"/> 勤務先変更				<input type="checkbox"/> その他 (下記通信欄にご記入ください)							
本学会への通信欄													

* 必要事項 (会員番号・氏名・フリガナ) 及び《変更箇所のみ》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 (2020.02)