

会員各位

会員登録情報に変更があった際は、本会 Web site の『会員専用ページ』にて、勤務先・自宅住所等の情報変更が可能です。ログインには、会員番号、パスワードが必要です。パスワードを忘れた方は Web site から再取得できます。

ログイン出来ない場合は、次ページの「連絡用紙」を切り取り、必須事項（会員番号・氏名）及び《変更箇所のみ》をご記入の上、事務局へ送付下さい。

注意 1: [退会希望] は、必ず郵送にてお届け下さい。(FAX 不可)

2: [改姓] は、Web site 「会員専用ページ」 では行えませんので、郵送または E-mail でご連絡下さい。

公益社団法人日本超音波医学会連絡用紙

* 必須事項（会員番号・氏名）及び《変更箇所のみ》をご記入下さい。
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

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-	希望送付先について (いずれかに○をつけて下さい。)
☐ 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	RMS-	(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):
	〒	都 道 府 県
		郡 市 区
在 地	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 年 月 在 学 中 * (* 在学中の方は、卒業予定年度もご記入下さい。)	
博 士 号 (1)	(2)	
退 会 届	年 月 末をもって退会します。 (* 月を越す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 ☐ その他 (下記通信欄にご記入下さい) ☐ 勤務先変更	
本学会への通信欄		

本連絡用紙を使用される方で、超音波専門医・超音波指導医・超音波工学フェローおよび超音波検査士の資格を取得されている方は、その認定番号を記入して下さい。

改姓の場合には必ず旧姓名を記入して下さい。

希望送付先に○を付けて下さい。

自宅住所は、アパート・マンション名まで正確に記入して下さい。

電話番号は市外局番から記入して下さい。

旧住所を記入して下さい。

勤務先は勤務先名に続き部課名 (例: 医学部〇〇科等) まで詳しく記入して下さい。

電話番号は市外局番から記入して下さい。

FAX をお持ちの方は記入して下さい。

E-mail を記入して下さい。パスワードの再取得に必須となります。

旧勤務先を記入して下さい。

学生会員で卒業または大学院等に進学する場合は、卒業年度または進学の旨を記入して下さい。また、大学院在学中に課程を修了した場合はその年度を記入して下さい。

博士号を新たに取得した場合に記入して下さい。(例: 医学博士、工学博士)

退会希望の場合は必ず郵送にてご連絡下さい (Fax 不可)。

使用目的の□欄にレ点を記入して下さい。

公益社団法人日本超音波医学会

〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町 2-23-1 お茶の水センタービル 6 階

TEL. 03-6380-3711 FAX. 03-5297-3744 E-mail: office@jsum.or.jp

URL. http://www.jsum.or.jp

公益社団法人日本超音波医学会連絡用紙

* 必須事項（会員番号・氏名）及び《変更箇所のみ》をご記入下さい。
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

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○をつけて下さい。） 現在の送付先 新しい送付先 (勤務先・自宅) → (勤務先・自宅)			
☐ 超音波工学フェロー		EJSUM-					
☐ 超音波検査士		R M S-					
自 宅 住 所	〒						都 道 府 県
	郡 市 区						
	T E L		— —				
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					
		T E L		— — (内線)			
F A X		— —					
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 院 学 部 研 究 科 研 究 科 課 程 年 月 修 了 学 校 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下さい。)					
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							

キ
リ
ト
リ