

FAX.03-6300-7966



日本心臓リハビリテーション学会事務局行

送信日 年 月 日

(〒151-0053 東京都渋谷区代々木 2-23-1-260)

連絡用紙 (住所変更 ・ 退会)

学会に登録の住所等の変更はこの用紙をご利用ください。

会員番号(宛名の下に印字された3桁-3桁-4桁の数字)、氏名、送信年月日を明記のうえ、**変更事項をご記入**いただき、このままファクシミリ・メール添付・郵送等でご連絡ください。退会希望の場合は備考欄に「退会します」と記載ください。

学会名	日本心臓リハビリテーション学会
-----	-----------------

会員番号	7	1	2	—				—				
------	---	---	---	---	--	--	--	---	--	--	--	--

フリガナ				*該当するものを○で囲んでください。			
氏名				旧姓		性別*	男 女

*郵便物の発送先	所属機関	自宅住所	生年月日	西暦 19	年	月	日
----------	------	------	------	-------	---	---	---

所属機関	施設名							
	部署名							
	所在地	〒				—	職名	
	TEL.()	—	ext.	FAX.()	—			

自宅住所	〒					
	TEL.()	—	FAX.()	—		

E-MAIL	@
--------	---

紙媒体 学会誌配布	要 不要	紙媒体学会誌の配布の要・不要で会費が異なります。 紙媒体学会誌配布 要 : 医師会員 : 13000 円、コメディカル会員 : 8000 円 紙媒体学会誌配布 不要 : 医師会員 : 11000 円、コメディカル会員 : 6000 円
----------------	------	---

※紙媒体学会誌の要・不要の選択変更は、2月20日必着でお申出下さい。次年度から選択変更が反映されます(年度途中の選択変更不可)。

(備考) ◎退会希望・その他連絡事項がありましたら備考欄にご記載ください。

()