

太枠内をご記入のうえ、日本心身医学会事務局まで、mail または FAX でお送りください。

一般社団法人日本心身医学会 会員情報変更届		
届出年月日	西暦 年 月 日	
フリガナ		
氏名		
変更事項とその内容を記入してください		
変更事項	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 連絡先メール <input type="checkbox"/> 所属支部 <input type="checkbox"/> 学会誌送付先 <input type="checkbox"/> 自宅住所 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 現職名 <input type="checkbox"/> 勤務形態 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
変更内容	氏名	
	連絡先メール	
	所属支部	旧所属支部 新所属支部
	学会誌送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 (学会誌送付先が所属支部になります)
	自宅住所	〒
	電話番号	( )
	勤務先	名称  住所 〒  電話 ( ) FAX ( )
	現職名	
勤務形態	<input type="checkbox"/> 大学関係 <input type="checkbox"/> 勤務医 <input type="checkbox"/> 開業医 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

■本件に関する問合せ先■

〒103-0026  
 中央区日本橋茅場町 15-12 八重洲カトウビル 8F  
 一般社団法人日本心身医学会 事務局

TEL 03-6661-9230 FAX 03-6661-9231  
 e-mail : mail@shinshin-igaku.com

受付	名簿	送付先	支部連絡
			( ) 支部
			( ) 支部