

## 日本小児神経学会 名簿記載事項変更・退会届

年 月 日

会員番号					
ローマ字					
会 員 名	(旧姓 )				
メールアドレス	@				
所 属 機 関	名 称	(異動 年 月 日)			診療科
	種 別	<input type="checkbox"/> 大学病院(本院) <input type="checkbox"/> 地域支援病院 <input type="checkbox"/> 臨床研修指定病院および大学病院分院 <input type="checkbox"/> 小児専門医療機関 <input type="checkbox"/> その他			
	所在地	〒			
	TEL	-	-	FAX	-
前所属機関					
自 宅	〒				
	TEL	-	-	FAX	-
学会誌送付先	(1)、(2)のいずれかを○で囲んで下さい				
	(1) 勤務先		(2) 自宅		
専門医研修認定施設の指導責任医	変更(代行)届の提出の有無についていずれかを○で囲んで下さい				
	(1) 提出済み		(2) 後日提出予定		
事務局へ通信					

退会の場合は以下へご記入下さい

会 員 名				会員番号	
退会年月日	年		月	日	
退会事由					