

## 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	〒	
		<input type="checkbox"/> 開業の場合 <input checked="" type="checkbox"/> して下さい【個人事業主でも事業継承の場合は開業には含みません】	
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			