

正会員(医師) ・ 一般会員(医師以外) 変更届

・会員番号、氏名は必ずご記入ください。
 その他の項目については、変更箇所を○で囲み、ご記入ください。

・変更届受付後(または「※変更が生じた年月日」に記載した日付)、1週間以内に修正登録を行います。
 学会ホームページの会員専用画面で、登録内容をご確認ください。

書面による登録完了通知が必要な方は、右欄にチェックを入れてください。

会員登録事項確認書 郵送希望	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------

記入年月日	年 月 日			
※変更が生じた年月日	年 月 日	※届出提出後に変更が生じる場合は、その年月日をご記入ください		
会員番号				
ふりがな 氏 名				
英語表記(姓・名)				
勤務先	※施設会員番号	※所属施設が本学会施設会員の場合のみ		
	勤務先名			
	所 属	役 職		
	郵便番号	-	都道府県	
	住 所 1 (市町村郡、番地)			
	住 所 2 (ビル名等)			
	代表電話番号	代表FAX番号		
	直通電話番号 (含内線)	直通FAX番号 (含内線)		
自 宅	郵便番号	-	都道府県	
	住 所 1 (市町村郡、番地)			
	住 所 2 (マンション名等)			
	電話番号	FAX番号		
Eメールアドレス	※個人情報を含むメールをお送りする場合がありますので登録アドレスにご注意ください。 "0"と"〇"、"1"と"1"、"2"と"Z"、"-と"_"などの区別がつくよう階書体ではっきりとご記入ください。 @			
連絡先 (文書・学会誌送付先)	勤務先	・	自宅	
職 種	1. 医師 2. 歯科医師 3. 薬剤師 4. 獣医師 5. 保健師 6. 看護師 7. 栄養士 8. 診療放射線技師 9. 臨床検査技師 10. その他医療職 () 11. 企業 12. その他 ()			
最終学歴				
卒業年度(西暦)	年度			
学 位				
専門領域				
医師認定資格	1. 臨床系認定医 () 2. 臨床系専門医 () 3. 産業医 () 4. その他 ()			

送付先：日本総合健診医学会 事務局

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 1丁目31-10

センア千駄ヶ谷ビル2階

TEL:03-5413-4400 FAX:03-5413-0016

※お預かりした個人情報は、当学会の個人情報取扱規定で定められている利用目的以外では使用いたしません。