

**日本神経感染症学会 事務局行**  
**Mail : shin-kan@shunkosha.com FAX : 03-5291-2176**

## 住所等変更届

メールまたはFAXにて事務局へお送りください。変更には数週間かかる場合がございますので、ご了承ください。  
**太枠箇所は必須項目です**

送信年月日(西暦) 年 月 日 会員番号 SK-  
不明の場合は空欄のままお送りください。

フリガナ	(姓)	<input type="text"/>	(名)	<input type="text"/>	性別	<input type="checkbox"/>	1. 男性
氏名	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/>		2. 女性	

生年月日 (西暦) 年 月 日

E-mail ①	<input type="text"/>
E-mail ②	<input type="text"/>

郵送物発送先  1. 勤務先  2. 自宅 ※どちらかに必ずチェックをして下さい。

■勤務先 ※勤務先名称は、変更がない場合でも必ずご入力ください。

名称 (必須)	<input type="text"/>										
所属部署	<input type="text"/>										
〒	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
住所	<input type="text"/>										
TEL	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>

■自宅

〒	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
住所	<input type="text"/>										
TEL	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>