

[FAX] 03-5227-8631

[E-Mail] jssti-post@bunken.co.jp

変更届
(兼 会員登録台帳更新用)

会員番号
(4桁)

[Empty box for member number]

変更申込 一般社団法人 日本性感染症学会 理事長 殿 162-0801 東京都新宿区山吹町358-5 アカデミーセンター	送信日(西暦) 20 年 月 日
私は以下の内容で変更事項があるので、新しい会員登録台帳に記載してお届け致します。	

※以下の文字を使用している場合は、違いが分かる様に注意して記入してください。

数字の0(ゼロ)とアルファベット小文字のo(オー)	数字の2(に)とアルファベット小文字のz(ゼット)	数字の9(きゅう)とアルファベット小文字のg(ジー)
数字の1(いち)とアルファベット小文字のl(エル)	数字の6(ろく)とアルファベット小文字のb(ビー)	数字の9(きゅう)とアルファベット小文字のq(キュー)
アルファベット小文字のu(ユー)とアルファベット小文字のv(バイ)		記号の-(ハイフン)と記号の_(アンダーバー)

**現在の最新の内容で登録情報の更新をしますので、変更内容以外の項目もすべて記入してください。
間違った情報登録を回避するために、読解可能な楷書での丁寧な記入をお願いします。**

フリガナ		性別	男	・	女
氏名		生年月日(西暦)	19	年	月 日
自宅住所	〒 -				
自宅電話番号	-	自宅FAX	-	-	
自宅E-Mail	@				
所属機関名					
診療科・部署名		役職			
所属住所	〒 -				
所属電話番号	-	所属FAX	-	-	
所属E-Mail	@				
出身校 (省略せずに正式名称)	[大学等]	大学	学部	学科 (西暦)	年 月 卒業
	[大学院]	大学院	研究科	(西暦)	年 月 卒業
職種 (該当番号に○を12記入)	1. 医師	2. 産業医	3. 歯科医師	4. 学校教諭	5. 基礎研究者
	6. 製薬企業勤務	7. 薬剤師	8. 保健師	9. 助産師	10. 看護師
	11. 臨床検査技師	12. その他()	★資格取得 (西暦) 年		
主たる専攻科目 (該当番号に○を12記入)	1. 産婦人科	2. 泌尿器科	3. 皮膚科	4. 内科	
	5. その他の診療科()	6. 基礎医学()			
	7. 保健/看護/助産関係	8. 薬剤関係	9. 臨床検査関係	10. 教育関係	
	11. その他()		★専門職資格(西暦) 取得 (西暦) 年		
メール受信先 アドレス設定 (どちらかに○を1つ記入)	自宅	・	所属機関	学会からのお知らせのメールを受信するメールアドレスを設定してください。	
送付先設定 (どちらかに○を1つ記入)	自宅	・	所属機関	送付先に設定した都道府県に該当する地区の支部へ所属となります。 なお、所属支部の事務局には登録情報をお伝えします。	

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| 1. 北海道支部(北海道)、 | 2. 東北支部(青森・岩手・宮城・秋田・山形・福島)、 | 3. 関東甲信越支部(茨城・栃木・群馬・埼玉・千葉・東京・神奈川・新潟・山梨・長野)、 |
| 4. 北陸支部(富山・石川・福井)、 | 5. 東海支部(岐阜・静岡・愛知・三重)、 | 6. 関西支部(滋賀・京都・大阪・兵庫・奈良・和歌山)、 |
| 7. 中国・四国支部(鳥取・島根・岡山・広島・山口・徳島・香川・愛媛・高知)、 | 8. 九州・沖縄支部(福岡・佐賀・長崎・熊本・大分・宮崎・鹿児島・沖縄) | |

推薦者	所属・氏名
	(入会時の推薦者を覚えている場合は記入してください。)