

Fax 053 - 439 - 1406

せいれい看護学会事務局

〒433 - 8558 浜松市北区三方原町 3453
聖隷クリストファー大学 看護学部内

送信年月日 年 月 日

住所等変更・退会希望連絡用紙

住所等の変更・退会の届け出はこの用紙をご利用になり Fax あるいは郵送でお送りください。
変更事項の番号に○をつけ、その該当欄にご記入ください

会員番号 _____ フリガナ
お名前 _____

I. 住所等変更

1. 氏名 _____ (旧姓 _____)

所属機関 住所 〒 _____

名称 _____

電話 _____ Fax _____

E-mail _____

2. 自宅 住所 〒 _____

名称 _____

電話 _____ Fax _____

E-mail _____

3. 会誌の発送先 (所属 ・ 自宅) ○をおつけください

II. 退会希望

年 月 日をもって退会を希望します

自署 _____

*事務局は、個人情報保護法を遵守し、個人情報を利用・管理いたしますが、情報の問い合わせには応じておりません。