

# 日本角膜学会会員変更届

必要事項をご記入の上 FAX (072-623-6060) 又は E-Mail にてお届け下さい。  
 名簿に記載しない事項には×印をお付け下さい。

ご氏名

変更の内容 (該当個所に○印を お付け下さい)		1. 氏名    2. 自宅住所他    3. 勤務先名・住所他 4. 文書および雑誌送付先    5. その他 (                      )		
フリガナ		フリガナ		会員番号
氏名		旧姓		
新勤務先住所	〒 _____			
新住所フリガナ				
新勤務先名称				
勤務先フリガナ				
新電話番号		新 FAX 番号		
E-mail				
新自宅住所	〒 _____			
新住所フリガナ				
新電話番号		新 FAX 番号		
E-mail				
文書および 雑誌送付先	1 勤務先 2 自宅	変更届出年月日	年 月 日	

連絡先：〒567-0047 茨木市美穂ヶ丘 3-6 山本ビル 302 号室  
 日本角膜学会事務局 TEL 072-623-7878 FAX 072-623-6060  
 E-mail:folia@hcn.zaq.ne.jp

事務局記入欄(記入しないで下さい)

受領日 年 月 日