**日本臨床ウイルス学会 会員名簿住所変更届**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 連 絡 日 　 　 20　　年 　月　 日 | | | 会員番号 | | | |
| ＊会員番号は2016年1月以降に到着する会費請求書もしくは会誌宛名ラベルに記載されます。 | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | |
| 氏　名 | |  | | | | |
| 英文氏名 | |  | | | | 英文敬称Dr.Ms.など（　　　　　） |
|  | | | | | | |
| 変更項目 | | 1.　勤務先 　　　　2. 自 宅 | | | | |
| 連絡先  選択 | | ＊学会誌、会費請求書等の送付等、学会からの連絡先となります。（いずれかを○で選択ください）  1.　勤務先 　　　　2. 自 宅 | | | | |
| 勤 務 先 情 報 | 所属 | | | | | |
| 所属部署 | | | | 役  職 |  |
| 職名 |  |
| 所属住所　　〒 | | | | | |
| TEL　　　（　　　　　） | | | FAX　　　　（　　　　　） | | |
| e-mail　　　　　　　　　　　　　　　　＠ | | | | | |
| 自 宅 情 報 | 自宅住所　　　〒 | | | | | |
| TEL　　　（　　　　　） | | | FAX　　　　（　　　　　） | | |
| 携帯電話　　　 　 　（　　　　　） | | | | | |
| e-mail　　　　　　　　　　　　　　　　＠ | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 専門分野 | いずれか○で選択ください  1.臨床　　2.基礎　　3.地方衛生研究及び疫学　　4.その他（　　　　　　　） |

■送付先（郵送，ファックス，メールにてお送り下さい）■  
〒169-0072 東京都新宿区大久保2-4-12新宿ﾗﾑﾀﾞｯｸｽﾋﾞﾙ（株）春恒社学会事務部内　日本臨床ウイルス学会会員係 行

TEL：03-5291-6231／FAX：03-5291-2176　e-mail: cl.virol-kaiin@shunkosha.com

【個人情報の取扱い】お預かりした個人情報は学会活動以外の目的には使用いたしません。

|  |  |
| --- | --- |
| 事務局使用欄 | 受領日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　処理日 |