

提出先：公益社団法人 日本小児保健協会 御中 (FAX : 03-3868-3092)

〒112-0004 東京都文京区後楽1丁目1番5号 第一馬上ビル9階

日本小児保健協会 登録事項変更届 (変更・退会)

届出年月日	平成 年 月 日	会員番号	
<input type="checkbox"/> 変更	勤務先変更 ・ 自宅住所変更 ・ 改姓 連絡先(送付先)変更 ・ その他 ()		
<input type="checkbox"/> 退会	平成 年 月 日付をもって退会します。 退会事由 ()		

■ 基本情報 ■

	※必須 姓	※必須 名
フリガナ		
氏名		
生年月日	19 年 月 日	旧姓

■ 所属情報 ■

勤務先 または 学校名	組織名・部署名： (職 名 :)		
所在地	〒		
TEL	(直通 / 内線 :)		
FAX			
旧勤務先名称			

自 宅	〒		
	TEL :	FAX :	
旧自宅住所			

E-mail <small>(携帯電話のアドレスは登録できません。)</small>	
---	--

■ 専門情報 ■

職 種 <small>(1つだけ 選択してください。)</small>	1. 小児科医 2. その他の医師 () 3. 歯科医師 4. 保健師 5. 助産師 6. 看護師 7. 栄養士 8. 養護教諭 9. 保育士 10. 教職・研究職 11. その他 ()		
会員登録地(都道府県) <small>(代議員選挙等に 関わる項目です。)</small>	1. 勤務地	2. 自宅所在地	
連絡先 <small>(会誌等の送付先)</small>	1. 勤務先	2. 自宅	

■ 事務局への通信欄 ■

--