

# 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