

F A X

日本成人脊柱変形学会	発信元:
送信先: 事務局担当行 (jsasd@hama-med.ac.jp)	FAX 番号:
FAX 番号: 053-435-2296	電話番号:
電話番号: 053-435-2297	担 当:

<日本成人脊柱変形学会 会員情報登録票> No. _____

*事務局記載欄

(新規 ・ 更新 ・ 退会)

お 名 前 _____

ふりがな _____

ご 所 属 _____

ご 役 職 _____

E-MAIL _____

* 当学会からの諸連絡は、メール連絡を原則といたします。

<書類の送付先: 勤務先 / 自宅 いずれかを選択のうえ、ご記入ください>

* 自宅をご選択の場合でも、ご連絡がつかない際は勤務先に送付させていただきます。

郵便番号 〒 _____

ご 住 所 _____

(都道府県名から)

電 話 _____

F A X _____

* ご連絡先の変更や、退会希望の際は、必ず事務局までご連絡お願いいたします。