

財)日本胎盤臨床医学会
FAX:03-6264-3016

変 更 届

会員番号_____

氏名(漢字)_____ (ローマ字)_____

所属施設名_____ 診療科目_____

所属施設・住所 (Address of organization) 〒

TEL: _____ FAX: _____

ご自宅・住所 (Residence) 〒

TEL: _____ FAX: _____

e-mail: _____

書類の送付・宛て先 : 勤務先 個人・ご自宅 ←丸をつけてください

※ご紹介者・氏名_____ ご紹介者・所属施設名_____

財)日本胎盤臨床医学会

〒104-0045 東京都中央区築地 6-4-5-404
TEL:03-6264-2991 FAX:03-6264-3016