

日本ガンマナイフ学会 変更届

年 月 日

下記事項に変更になりました。

	姓	名
フリガナ		
会員氏名		
会員番号		

変更後

連絡先	1. 所属	2. 現住所（自宅）	※連絡先（送付先）をご指定下さい
-----	-------	------------	------------------

■所属情報■

勤務先			
所属科			
役職			
所在地	〒	—	
	TEL :	(内線 :)	・ 直通 FAX :
	E-mail :		

■現住所（自宅）情報■（自宅を連絡先に指定した場合のみ）

現住所	〒	—	
	TEL :	FAX :	
	E-mail :		

■職種（以下の分野から主なものを一つご選択いただき□にレ印をお付け下さい）■

<input type="checkbox"/> 脳神経外科医	<input type="checkbox"/> 放射線治療医	<input type="checkbox"/> 放射線診断医	<input type="checkbox"/> 神経内科医	その他医師（科）
<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 診療放射線技師	<input type="checkbox"/> 医学物理士	<input type="checkbox"/> 事務職	その他（）

■その他■

--

■送付先■

一般社団法人日本ガンマナイフ学会事務局

FAX : 03-5425-1605 もしくは Email : jljk@convex.co.jp

■（一社）日本ガンマナイフ学会個人情報の取扱い■

登録させていただきました上記の個人情報は、本学会の運営に必要なことのみを使用致しますのでご了承下さい。