変　更　届

変更の内容 (該当するもの全てに○印をつけて下さい)	1．氏名変更　2．自宅住所変更　3．勤務先変更 4．文書および雑誌送付先変更　5．その他(　　)				
フリガナ		フリガナ		会員 No	
氏名		旧姓			
旧自宅住所	□□□-□□□□ ☎　FAX				
新自宅住所	□□□-□□□□ ☎　FAX				
旧勤務先名				1．勤務医 2．開業医	
新勤務先名				1．勤務医 2．開業医	
新勤務先住所	□□□-□□□□ ☎　FAX				
文書および雑誌送付先	1．自　宅 2．勤務先	変更日	令和　年　月　日	会費の自動引落口座	1．変更する 2．変更しない

注意事項：1．住所は，できるだけ詳しくお書き下さい．(マンション名・号室等)
2．勤務先変更の場合には，1．勤務医　2．開業医　いずれかを必ず記入して下さい．
3．会費の自動引落口座を　1．変更する　とした方には，口座振替依頼書をお送り致します．
4．専門医の方の氏名変更は，登録証(カード)再発行が必要となりますので，後日お送りする登録証再発行願に手数料1,000円を添え，現金書留にてご送付下さい．
また，専門医認定証再発行を御希望の方は，その旨一筆お書き添え下さい．後日お送りする認定証再発行願に手数料5,000円を添え，現金書留にてご送付下さい．
5．海外留学等の場合には，事前に事務局へご連絡下さい．
6．送付先は次のとおりです．

〒101-8346　東京都千代田区神田猿楽町2丁目4番11―402号
公益財団法人　日本眼科学会

令和　年　月　日

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印