

住所変更届

(会員名簿の原稿となりますので、明確にお書き下さい)

会員番号		氏名	ふりかな -----
旧連絡先			
新勤務先名			
所属科名	基礎医学	整形外科	内科 リウマチ科(内・整形外科)
	その他()科		
新勤務先住所	〒 - TEL - - FAX - - E-mail なるべく個人で使用のもの(他者と共有していないもの)をご記入ください。		
自宅住所	変更なし 変更あり 〒 TEL - - FAX - -		
学会誌送付先	但し、購読会員は勤務先に限らせて頂きます。 自宅 勤務先		
その他記載事項			

送付先：〒105-0001 東京都港区虎ノ門1-1-24 第1オカモトヤビル9階
 有限責任中間法人 日本リウマチ学会
 TEL 03(5251)5353 FAX 03(5251)5354
 E-mail: gakkaih@ryumachi-jp.com