

北海道医療大学看護福祉学部学会 行

登録内容変更届

_____年 _____月 _____日

会員番号		会員氏名	
------	--	------	--

※会員番号は学会誌発送時の封筒に印字しています。

変更内容 ※変更のある項目に を付けて記入してください。

<input type="checkbox"/>	ふりがな 氏 名	(旧姓)
<input type="checkbox"/>	自宅住所	〒 TEL : FAX :
<input type="checkbox"/>	所属先名称	
<input type="checkbox"/>	所属先住所	〒 TEL : FAX :
<input type="checkbox"/>	メールアドレス	

【送付先】

北海道医療大学看護福祉学部学会事務局

〒061-0293 北海道石狩郡当別町金沢 1757

MAIL: nsgakkai@hoku-iryo-u.ac.jp

TEL/FAX : 0133-23-3489

[事務局記入欄]

会員コード	
整理番号	
事務局受付	_____年 _____月 _____日
備考	