

岡山県小児科医会 登録事項変更届・退会届

該当する項目を✓で示し、必要事項を記入しFAXもしくは郵送してください。

令和 年 月 日

<input type="checkbox"/> 勤務形態・勤務先・会員種別変更	<input type="checkbox"/> 改 姓・名	<input type="checkbox"/> 退 会
<input type="checkbox"/> 自宅住所変更	<input type="checkbox"/> 送付先変更	<input type="checkbox"/> そ の 他
フリガナ	姓 名	
会員氏名		
旧姓名	姓 名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日	
会員種別	A B	
勤務形態	開業医 勤務医(管理医師 その他) その他の医師 臨床研修医師	
所属医師会		
勤 務 先	名称	
	〒	
	TEL	FAX
旧勤務先名称		
自 宅	〒	
	TEL	
	FAX	
旧自宅住所		
E-mail		
送本先	勤務先 自宅	
退会届 退会事由	令和 年 月 日をもって退会します。	
事務局への通信欄		

岡山県小児科医会事務局（岡山県医師会内）

〒700-0024 岡山県岡山市北区駅元町19番2号

T E L : 086-250-5111

F A X : 086-251-6622