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またはメールまたは郵送してください。　令和　　年　　月　　日

☐ 勤務形態･勤務先･会員種別変更　☐ 改 姓･名　☐ 退　会 ☐ 自宅住所変更　☐ 送付先変更　☐ 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	医会メーリングリストへの登録希望　有　無
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
ＴＥＬ:086-250-5111
ＦＡＸ:086-251-6622