

【送信先】

日本臨床泌尿器科医会 会員業務係 宛

FAX 078-332-2506

変更届 ・ 退会届

提出日： 年 月 日

会員ID	
フリガナ	
氏名	
お届け内容	<input type="checkbox"/> 登録変更 <input type="checkbox"/> 退会

※変更箇所だけ記入ください

会員種別		<input type="checkbox"/> 開業医（診療所開設者） （開業・開設 年 月 日） <input type="checkbox"/> 勤務医 その他
自宅	住所	〒
	電話/FAX	
	E-Mail	
勤務先	勤務先名	※部科もご記入ください
	住所	〒
	電話/FAX	
	E-Mail	
発送先		自宅 ・ 所属先 （どちらかに○をしてください）
退会理由 （退会届のみ）		
通信欄		

※年会費 開業医（開設者）20,000 円 勤務医 その他 3,000 円