変　　更　　届

年　　月　　日提出

会員番号:	氏名:	資格（該当する資格に印）	□ 専門医　□ 指導医

変更内容（該当する内容に印を付して下さい）	□ 氏名変更　□ 勤務先変更　□ 自宅住所変更 □ 雑誌送付先（連絡先）変更　□ その他

国際学会会員	□ IAOMS会員 □ AAOMS（アジア）会員

氏　　名		旧姓	
ローマ字	姓　　名		
旧勤務先			
新勤務先			
	英文名:		
新勤務先所在地	〒　　－ TEL　　－　　－ FAX　　－　　－		
	英　文:		
旧自宅住所			
新自宅住所	〒　　－ TEL　　－　　－ FAX　　－　　－		
	英　文:		

雑誌送付先（連絡先）	□ 勤務先 □ 自　宅	変　更　年　月　日 年　　月　　日	会費自動振替口座変更 □ する　□ しない　□ 新規に加入する

注　1. 内容を選択する欄は、「□」内に印をつけてください。
2. 国際学会加入者は、新勤務先・勤務先住所・自宅住所の英文欄に必ずご記入ください。
3. 住所は、できるだけ詳しくご記入ください。（マンション名・号室等）
4. 氏名変更の方は、改姓等後の公的機関発行の書類の写（例：歯科医師免許証・戸籍謄抄本・運転免許証・旅券等のコピー）を添付してください。
5. 「会費自動振替口座変更」欄の、「する」または「新規に加入する」に印をされた方は、口座振替依頼書用紙に所要事項をご記入の上、事務局へご郵送ください。（FAX不可）
6. この届書の送付先は次のとおりです。（FAX可）

〒108-0074 東京都港区高輪2-20-26-202
社団法人　日本口腔外科学会　事務局
TEL　03-5791-1791（代）　FAX　03-5791-1792