

# 変 更 届

年 月 日 提出

会員番号:	氏名:	資格 (該当する資格に印)	<input type="checkbox"/> 認定医 <input type="checkbox"/> 専門医 <input type="checkbox"/> 指導医
-------	-----	------------------	--

<b>変更内容</b> (該当する内容に印を付して下さい)	<input type="checkbox"/> 氏名変更	<input type="checkbox"/> 勤務先変更	<input type="checkbox"/> 自宅住所変更
	<input type="checkbox"/> 雑誌送付先(連絡先)変更	<input type="checkbox"/> その他	
	<b>国際学会会員</b>		
	<input type="checkbox"/> IAOMS会員		
	<input type="checkbox"/> 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	〒 ー	TEL ー ー	FAX ー ー
	英 文:		
旧自宅住所			
新自宅住所	〒 ー	TEL ー ー	FAX ー ー
	英 文:		
雑誌送付先(連絡先)	<input type="checkbox"/> 勤務先	<b>変 更 年 月 日</b>	<b>会費自動振替口座変更</b>
	<input type="checkbox"/> 自 宅	年 月 日	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 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)

〒108-0014 東京都港区芝5-27-1-3F  
公益社団法人 日本口腔外科学会 事務局  
TEL 03-5422-7731 FAX 03-6381-7471