**登録事項変更届**

下記ご記入の上、次の方法にてご連絡下さい。

FAX（03-5361-7091）、E-mail: jsir@imic.or.jp

または、郵送（〒160-0016 東京都新宿区信濃町35 信濃町煉瓦館 (一財)国際医学情報センター内

一般社団法人 日本炎症・再生医学会事務局）

|  |  |
| --- | --- |
| 会員番号 |  |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 | 男  女 |

1. **勤務先変更**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 新勤務先 | 所在地 | 〒　　　 － |
| 名　称 |  |
| 所属部局 |  |
| Tel/Fax | Tel/　　　　　　　　　　　　Fax/ |
| E-mail |  |
| 旧勤務先名 |  | |

1. **自宅変更**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 新自宅 | 住所 | 〒　　　 － |
| Tel/Fax | Tel/　　　　　　　　　　　　Fax/ |
| E-mail |  |
| 旧住所 |  | |

1. **休　会**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 留学期間 | 年　　月　　日より　　　　年　　月　　日までの予定 | |
| 留学中の  国内連絡先 | 住所 | 〒　　　 － |
| Tel/Fax | Tel/　　　　　　　　　　　　Fax/ |
| E-mail |  |

※当学会では留学の理由のみに休会制度を設けております。ご帰国されましたら上記事務局宛ご連絡下さい。

1. **退　会**

|  |  |
| --- | --- |
| 会員番号 |  |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 所　　属 |  |
| Tel/Fax | Tel/　　　　　　　　　　　　Fax/ |
| 退会希望日 | 年　　　月　　　日 |
| 退会理由 |  |