|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FAX送信先：03-6661-9231（日本心身医学会事務局）**  太枠内をご記入のうえ、日本心身医学会事務局まで、MAILまたはFAXにてお送りください。 | | | | |
| **一般社団法人日本心身医学会　会員情報変更届** | | | | |
| 届出年月日 | | 西暦　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 | 会員番号 |  |
| フリガナ | |  | | |
| 氏　　名 | |  | | |
| ＊変更事項とその内容を記入してください | | | | |
| 変更事項 | | □ 氏名 　□ 連絡先メール □ 所属支部 □ 学会誌送付先　　□ 自宅住所　　□ 電話番号  □ 勤務先　□　現職名　□　勤務形態　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 変  更 | フリガナ |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | | |
| 所属支部 | 旧（　　　　　　　　　　　　）支部　　→　　新（　　　　　　　　　　　　）支部 | | |
| 学会誌送付先 | * 自宅　　　　　　　　　　 　□　勤務先　　　　　　（＊学会誌の送付先が所属支部となります） | | |
| 自宅住所 | 〒  TEL　：　　 （　　　　 ） / FAX　：　　 　（　　 　）  携帯　：　　 　 　　（　　　　　　　　　 ） | | |
| 内  容 |
| 勤 務 先 | フリガナ | | |
| 名　称 | | |
| 住　所  〒  TEL：　　　　（ 　 　　 ） 　 　　 　/　 FAX：　　　（　　　 　） | | |
| 現 職 名 |  | | |
| 勤務形態 | * 大学関係　　　□　勤務医　　　□　開業医　　　□　看護師　　　□　公認心理師 * 臨床心理士・心理士　　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * 本件に関する問い合わせ先　◇   〒103-0026  東京都中央区日本橋兜町15-12　八重洲カトウビル8F  一般社団法人日本心身医学会　事務局  **TEL　：　03-6661-9230 /　FAX　：　03-6661-9231**  **E-mail　：　mail@shinshin-igaku.com** |  | 受付日 | 登録変更 | 確　認 | 支部連絡 | FAX  送信日 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |