

登録情報変更届

申請方法： **変更事項のみご記入ください。**ご記入いただきましたら、この用紙をメール、郵送、FAXにて学会事務局までご送付ください。この用紙のご提出ではなく、**学会バンクからからの変更お手続きも可能です。**ご利用ください。

提出先： 日本子ども健康科学会 事務局 〒157-8535 東京都世田谷区大蔵2-10-1 国立成育医療研究センター アレルギーセンター成育コホート研究室 TEL:03-3415-9260 / **FAX:03-3415-9260** / E-mail:info@jshschild.jp

会員番号	— — —	申請日	年	月	日
変更内容	該当するものを全てチェックしてください <input type="checkbox"/> 勤務先変更 <input type="checkbox"/> 自宅住所変更 <input type="checkbox"/> 改姓・名 <input type="checkbox"/> E-mail アドレス変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> その他				
フリガナ					
氏名	姓	名	旧姓名		
勤務先	名称	診療科			
	所在地	〒	—	都道	府県
	TEL:	—	—	FAX:	—
勤務形態	該当するものをチェックしてください。				
	所属機関	<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 研究 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> その他()			
自宅	職種	<input type="checkbox"/> 医師 (医籍登録年: 年) *「医師」の方は必須入力事項となります。 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> その他()			
	住所	〒	—	都道	府県
	TEL:	—	—	FAX:	—
	携帯 TEL:	—	—		
E-mail	メイン	@			
	サブ	@			
郵送物送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅				
該当するものをチェックしてください。					
専門医資格	<input type="checkbox"/> 日本小児科学会 <input type="checkbox"/> 日本アレルギー学会 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし				
メディカルスタッフ資格	<input type="checkbox"/> 小児アレルギーエドゥケーター <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし				
変更事由	年 月 日をもって変更いたします。				
	理由:				

注) 1.勤務先欄には診療科名までご記入ください。

2.データ入力をしますのでフリガナ、数字、アルファベットははっきりと記載してください。

FAX 番号はお間違いの無いようにお気を付け下さい。