

日本骨盤臓器脱手術学会(JPOPS) 登録情報変更・退会届出書

事務局 医療法人東和会 第一東和会病院 ウロギネコロジーセンター内
 〒569-0081 大阪府高槻市宮野町2番17号
 電話：072-671-1008 FAX：072-671-1030
 E-mail：jpops@towa-med.or.jp

該当の届出にチェックの上、
 変更の場合は変更する箇所のみを、退会の場合は氏名・勤務先・所属を記入ください。

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 勤務先・所属変更 | <input type="checkbox"/> 書類送付先変更 |
| <input type="checkbox"/> メールアドレス変更 | <input type="checkbox"/> 退会 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

平成 年 月 日

届出事項	内 容	
フリガナ 氏 名		職種(○で囲んで下さい) 医師 ・ コメディカル
勤務先	施設名	
	住所	〒 都・道・府・県
所属科・部署		
電話番号	()	
FAX番号	()	
E-mail	@	
	※大文字・小文字・数字・記号等、はっきりと記入をお願い致します。	
書類送付先	勤務先 ・ 自宅	
	※自宅の場合、住所の記入をお願い致します。	
自宅住所	〒 都・道・府・県	
特記事項		

※事務局記入欄

登録確認事項		変更・退会	事務局受付
届出受付	平成 年 月 日	済 ・ 未	
会員番号	No.	済 ・ 未	