**日本褥瘡学会北海道地方会　登録変更・退会のご案内**

日本褥瘡学会北海道地方会

１．登録情報変更　　　２．退会　　（どちらかに○印をつけてください）

１．変更の方は、項目に**変更後**の情報をご記入ください。

氏名変更の場合は氏名の後に旧姓をご記入下さい（例　山田花子（佐藤花子））

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ（必須） | |  | | |
| 氏名（必須） | |  | | |
| 自宅 | | 〒 | 電話 |  |
| FAX |  |
| 勤務先 | 名称 |  | 役職名 |  |
| 電話 |  |
| 部署 |  | FAX |  |
| 所在地 | 〒 | | |
| E-mail | |  |  |  |
| 専門分野 | | 医師（　　　　　　　　科）・看護師・保健師・ET/WOCN・OT・PT  ・栄養士・薬剤師・介護職・その他（　　　　　　　　　　　） | | |
| 会員種別 | | 正会員・賛助会員　※郵便物送付先を選択してください（自宅・所属機関） | | |

２．退会の方は、こちらにご記入下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（フリガナ） |  |
| 勤務先名称 |  |
| 事由 |  |

**申込先・お問合せ先**

〒169-0072東京都新宿区大久保2-4-12　新宿ラムダックスビル9階   
(株)春恒社学会事務部内日本褥瘡学会　北海道地方会事務局

TEL：03-5291-6231　FAX：03-5291-2176　[EMAIL：jspu-hokkaido＠shunkosha.com](mailto:jspu-hokkaido@shunkosha.com)