

膵癌術前治療研究会登録内容変更届

A～Cについて、変更箇所の項目名を○で囲っていただき、そちらにご記入ください。

退会を希望される場合、施設名[団体名]・代表者名をご記入ください。

返信先：(FAX) 022-717-7209 もしくは (メール) fmotoi@surg.med.tohoku.ac.jp

A. 施設会員 (変更 ・ 退会) 年 月 日付変更

| | | |
|------|-----------------------------|-----------------|
| 施設名 | | 会員番号 |
| 専門科名 | | |
| 代表者 | 前代表者名 | |
| | <small>ふりがな</small> 代表者名 | |
| | 生年月日 | T S 年 月 日生 |
| | 出身校 | 卒業年 () |
| | 専門科名 | |
| | 主な職歴 | |
| 所在地 | 住所 | 〒 |
| | TEL/FAX | TEL () FAX () |
| | e-mail | |

B. 個人会員 (変更 ・ 退会) 年 月 日付変更

| | | |
|------|-----------------------------|-----------------|
| 施設名 | | 会員番号 |
| 専門科名 | | |
| 代表者 | 前代表者名 | |
| | <small>ふりがな</small> 代表者名 | |
| | 生年月日 | T S 年 月 日生 |
| | 出身校 | 卒業年 () |
| | 専門科名 | |
| | 主な職歴 | |
| 連絡先 | 住所 | 〒 |
| | TEL/FAX | TEL () FAX () |
| | e-mail | |
| 勤務先 | 住所 | 〒 |
| | TEL/FAX | TEL () FAX () |
| | e-mail | |

C. 賛助会員（ 変更 ・ 退会 ）

年 月 日付変更

| | | |
|-----|--------------|-----------------|
| 団体名 | | 会員番号 |
| 代表者 | 前代表者名 | |
| | ふりがな 代表者名 | |
| 連絡先 | 住所 | 〒 |
| | TEL/FAX | TEL () FAX () |
| | e-mail | |

膵癌術前治療研究会 事務局

〒980-8574 東北大学大学院消化器外科学・東北大学病院総合外科

FAX 022-717-7209

E-Mail fmotoi@surg.med.tohoku.ac.jp