【送信先】

一般社団法人日本臨床泌尿器科医会 事務局 宛

下記まで、 FAX にてお送りください。

**FAX ： 0798-65-0863**

**変 更 届 ・退 会 届**

提出日： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 会員ＩＤ |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| お届け内容 | □ 登録変更 | □ 退会 |
|  |  |  |
| ※変更箇所だけ記入ください |
| 会員種別 | * 開業医（診療所開設者）(開業・開設年月日：　　　　　　　　)
* 勤務医 その他
* 専攻医会員（無料）
 |
| 自宅 | 住所 | 〒 |
| 電話/FAX |  |
| E-Mail |  |
| 勤務先 | 勤務先名 | ※部科もご記入ください |
| 住所 | 〒 |
| 電話/FAX |  |
| E-Mail |  |
| 発送先 | 自宅 | ◼ | 所属先 | （どちらかに○をしてください） |
| 　　退会理由 |  |
| 通信欄 | **医籍番号（必須）：****医籍取得年月日（必須）：****日本泌尿器科学会会員番号（必須）：****日本泌尿器科学会入会年月日（無料会員のみ必須）：** |

※年会費 開業医（開設者）20,000 円 勤務医 その他 3,000 円　　専攻医（無料）