

【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）