

日本在宅静脈経腸栄養研究会(JHPEN) 変更書(A・B会員用)

以下の通り、変更をお願いいたします。

申込日:西暦 年 月 日

	姓				名							
フリガナ												
氏 名												
生年月日				年		月		日	性 別	男	・	女

連絡先	1. 勤務先	2. 自宅
-----	--------	-------

※年会費や事務局からのご案内の発送先をご指定下さい。

■勤務先情報■

名 称												
所在地	〒				－							
	TEL:						(内線: ・直通)		FAX:			
	E-mail:											
職 域	A:医師 ・ 歯科医師 B:看護師 ・ 栄養士 ・ 薬剤師 ・ その他()											

■現住所(自宅)情報■

現住所	〒				－							
	TEL:						FAX:					
	E-mail:											

変更届に必要な事項を記入後、下記に郵送または fax してください。

■日本在宅静脈経腸栄養研究会 問い合わせ先

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘 2-2
 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座小児成育外科学内
 日本在宅静脈経腸栄養研究会事務局
 TEL : 06-6879-3753 FAX : 06-6879-3759
 Mail : JHPEN@pedsurg.med.osaka-u.ac.jp