

## 日本弱視斜視学会 変更届

必要事項をご記入の上 F A X (072-623-6060) にて事務局へお届け下さい。

※ 名簿に記載しないでほしい項目には必ず×印をお付けください。×印が付いていない項目はすべて掲載いたしますのでご了承下さり、忘れずにお付けください。

ご氏名

変更の内容 (該当箇所に○印をお付け下さい)	1. 氏名                  2. 自宅住所                  3. 勤務先 4. 文書および雑誌送付先      5. その他 (                  )		
フリガナ		フリガナ	会員番号
氏名		旧姓	
分類	1. 医師                  2. 視能訓練士                  3. その他 (該当箇所に○を)		
新勤務先住所	〒		
新勤務先名称			
新電話番号		新 FAX 番号	
E-mail			
新自宅住所	〒		
新電話番号		新 FAX 番号	
E-mail			
文書および雑誌送付先	1. 勤務先 2. 自宅	変更届出年月日	年      月      日

受領日                  年      月      日
--------------------------------------

連絡先：〒567-0045 茨木市美穂ヶ丘 3-6 山本ビル 302 号室 日本眼科紀要会内

日本弱視斜視学会事務局 TEL 072-623-7878 FAX 072-623-6060

E-mail:folia@hcn.zaq.ne.jp